

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Respositorio Digital (Dspace).

TITULO	ESTRATEGIAS PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD, IPS, EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER		
SUBTITULO			
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Álvarez Rueda, Joan Manuel		
	González Díaz, Manuel		
	Villarreal Higuera, Carmen Inés		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Calidad salud		cáncer
	redes		fragmentación
	(RISS)		barrera
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>Nuestro trabajo tiene por objeto dilucidar las dudas e identificar los vacíos respecto a las estrategias para conformar redes integradas de servicios de salud entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sin contrariar las normas de habilitación o realizar conductas de intermediación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, de manera que permita generar bienestar a los usuarios y acceso oportuno a servicios con calidad a los pacientes oncológicos. De igual forma, se hace un bosquejo de la situación de salud de los pacientes oncológicos en el departamento de Santander, teniendo en cuenta ubicación geográfica, incidencia por tipo de cáncer y mortalidad</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

**ESTRATEGIAS PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE
SALUD ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD,
IPS, EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA
PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE
SANTANDER**

**CARMEN INÉS VILLARREAL HIGUERA
DANIEL GONZALEZ DIAZ
JOAN MANOEL ALVAREZ RUEDA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
CHIA, CUNDINAMARCA**

2012

**ESTRATEGIAS PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE
SALUD ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD,
IPS, EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA
PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE
SANTANDER**

**CARMEN INÉS VILLARREAL HIGUERA
DANIEL GONZÁLEZ DÍAZ
JOAN MANOEL ALVAREZ RUEDA**

**Proyecto de grado para optar el título de:
Especialización en Seguros y Seguridad Social**

**Asesor
HÉCTOR DARÍO GÓMEZ AHUMANDA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
CHIA, CUNDINAMARCA
2012**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. ESTRATEGIAS PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD, IPS, EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.....	14
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2 ELEMENTOS DEL PROBLEMA	14
1.3 PLANTEAMIENTO Y/O FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.4 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GENERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPEÍFICOS	18
3. MARCOS DE REFERENCIA DEL PROYECTO	19
3.1 MARCO TEÓRICO	19
3.1.1 Historia.....	19
3.1.2 Regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS....	21
3.1.3 Actores e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS	23
3.1.4 Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS.....	29
3.2 MARCO LEGAL	30
3.3 MARCO CONCEPTUAL	40
3.3.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	41

3.3.2 El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.....	41
3.3.3 Definición de Redes Integradas de Servicios de Salud	43
3.3.4 Organización de Redes.....	44
3.3.5 Articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud	46
3.3.6 La enfermedad del cáncer	48
4. METODOLOGÍA	49
4.1 PARÁMETROS, PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN APLICADA.....	50
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
4.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	50
4.5 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	51
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA.....	69
6. CONCLUSIONES	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Árbol Problema	16

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas en las Provincias de Santander, 2005	53
Tabla 2. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas atendidas a mujeres en Santander, 2005.....	54
Tabla 3. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas atendidas a hombres en Santander, 2005.....	55
Tabla 4. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias en las Provincias de Santander, 2005	56
Tabla 5. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias atendidas a mujeres en Santander, 2005.....	57
Tabla 6. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias atendidas a hombres en Santander, 2005.....	58
Tabla 7. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización en las Provincias de Santander, 2005.....	59
Tabla 8. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización atendidas a mujeres en Santander, 2005.....	60
Tabla 9. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización atendidas a hombres en Santander, 2005.....	61
Tabla 10. Incidencia de cáncer en mujeres y hombres de Bucaramanga y su área metropolitana, 2000-2004	62
Tabla 11. Incidencia de cáncer en mujeres, Santander, 2002 - 2006	63
Tabla 12. Incidencia de cáncer en hombres, Santander, 2002-2006.....	64
Tabla 13. Mortalidad por Cáncer, Santander, 2005-2009	65

GLOSARIO

AFILIADO: La persona (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

ALTO COSTO: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea.

BENEFICIARIOS: Personas que pertenecen al grupo familiar del afiliado al sistema. Reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por el cotizante.

CÁNCER: Grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo.

CIRUGÍA: Parte de la medicina que tiene como finalidad curar las enfermedades por medio de operaciones hechas con las manos y la ayuda de instrumentos.

COMORBILIDAD: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS, “es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona”.

CONSEJO: Organismo compuesto por representantes de diversas áreas, cuyo papel es aconsejar y supervisar sobre determinada labor legislativa o administrativa.

CONTRIBUTIVO: Relativo a las contribuciones y aportes que deben hacerse.

COPAGO: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante).

COTIZACIÓN: Lo que todo afiliado (trabajadores dependientes, independientes y pensionados) debe aportar cada mes para recibir los beneficios del sistema de salud. Este monto constituye el 12.5% del ingreso base de cotización (salario mensual devengado).

COTIZANTE: Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

CUOTA MODERADORA: Es la suma que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. Su objetivo es regular y estimular el buen uso del servicio de salud.

DISCAPACIDAD: Dificultad para llevar a cabo una labor. Impedimento físico o mental para emprender determinadas tareas.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

ENFERMEDADES PROFESIONALES: Padecimientos de salud producidos por los efectos dañinos que ocasiona una labor profesional específica.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB): Son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONTRIBUTIVO (EPS - C): Es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidad de Pago por Capitación (UPC). Su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADO (EPS - S): Entidades que manejan (previo contrato con municipios y departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado, es decir, las personas que no tienen dinero para cotizar al sistema de salud. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el POS para el régimen subsidiado. Pueden ser las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA): Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS): Son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

MATERIALES QUIRÚRGICOS: Se refiere a los materiales que se utilizan durante las cirugías u operaciones.

MATERO-INFANTIL: Que tiene que ver o pertenece a la madre y al niño.

MORBILIDAD: Es un dato estadístico que permite medir en un lugar y tiempo determinado las enfermedades que padece la población, su evolución, estabilidad o retroceso.

NEOPLASIA: Es la proliferación de células anómalas dentro de un organismo, que pueden ser malignos o benignos y generalmente devienen en cáncer o tumores.

OFERTA: Ofrecimiento. Propuesta que se hace para contratar algún servicio o vender algo.

ORGANISMO: Institución encargada de una función específica. Puede ser de interés general o público. Es el conjunto de oficinas, dependencias y personal que conforman la institución.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: Es el estudio de los factores de riesgos, así como de la morbilidad y mortalidad de la población teniendo en cuenta las condiciones geográficas, de raza, sexo, edad y el tiempo.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): Se trata de un plan de servicios de salud al que tiene derecho todo afiliado a una EPS. **Lo que cubre el POS:** Dentro del POS estos son los servicios a los que tiene derecho el afiliado, promoción de la salud y promoción de la enfermedad, consulta médica general, especializada y subespecializada, consulta odontológica general y especializada, atención de urgencias médicas y odontológicas, ayudas diagnósticas, atención del parto, hospitalización y cirugía, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatal, atención de enfermedades ruinosas o catastróficas, pago de incapacidades por enfermedad general, pago de licencias por maternidad y paternidad, suministro de lentes.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS: La acción de dar servicios que son exigidos o convenidos entre las partes.

PRÓTESIS MÉDICA: Procedimiento por el que se pone una pieza postiza al organismo en sustitución de una parte del cuerpo. Puede ser un ojo, una mano, etc.

RECAUDACIÓN: Acción de recaudar o cobrar los pagos que deben hacerse a la administración pública.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS): Conjunto de organizaciones o redes que hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un modelo de aseguramiento en el cual están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago, quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Es un modelo de aseguramiento, con subsidio a la demanda, en el cual se cobija a todas las personas pobres y vulnerables, sin capacidad de cotización, en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema y recursos fiscales.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, (RIPS): De conformidad con la Resolución 3374 de 2000, es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado.

RIESGO: Situación que expone a debilitarse o sufrir algún daño. Posibilidad de que ocurra una situación perjudicial.

SOLIDARIDAD: Relación entre las personas que participan con el mismo interés en cierta cosa. Que se sienten unidas en la comunidad humana.

SUPERINTENDENCIA: Es la suprema administradora de un área. Está a cargo de establecer reglas y sanciones por su incumplimiento. La superintendencia dirige y supervisa el área de que se trate.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud; además, liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de

juegos de suerte y azar y de licores; así como la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA: Es el proceso de cambio a largo plazo de las condiciones de salud de una población, teniendo en cuenta factores de morbilidad y mortalidad.

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC): Valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las administradoras de planes de beneficios, por cada uno de sus afiliados para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS).

USUARIO: Que usa comúnmente una cosa. El que tiene derecho a usar un servicio, de acuerdo a las limitaciones establecidas.

RESUMEN

El presente proyecto tiene por objeto dilucidar las dudas e identificar los vacíos respecto a las estrategias para conformar redes integradas de servicios de salud entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sin contrariar las normas de habilitación o realizar conductas de intermediación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, de manera que permita generar bienestar a los usuarios y acceso oportuno a servicios con calidad a los pacientes oncológicos.

De igual forma, se hace un bosquejo de la situación de salud de los pacientes oncológicos en el departamento de Santander, teniendo en cuenta ubicación geográfica, incidencia por tipo de cáncer y mortalidad, con el objeto de plantear las estrategias que permitan, así sea de manera general ante el silencio normativo, conformar Redes Integradas de Servicios de Salud con un alto grado de compromiso social.

Por otro lado, en el presente escrito se plasman los problemas actuales de nuestro sistema de salud, como la fragmentación, las barreras de acceso, la oportunidad en la atención, y otros más, que afectan al usuario y su familia, máxime cuando la enfermedad que se padece es catastrófica.

Palabras claves: Calidad en salud, redes integradas de servicios de salud (RISS), tratamiento del cáncer, fragmentación, barreras de acceso, habilitación, talento humano en salud, intermediación.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, nos encontramos con la universalidad, la equidad, el enfoque diferencial, sostenibilidad y la continuidad, tendientes a garantizar el acceso a servicios de calidad, altamente especializados y humanizados acorde a las condiciones de salud de la población, procurando la racionalización de los recursos.

Debido a que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad y promover la prosperidad general, así como garantizar el goce de los derechos, entre los cuales la atención en salud, regida, además de otros, por los principios descritos en el párrafo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, juegan un rol importante, sino el más significativo, pues es a través de éstas que materialmente se desenvuelve el derecho constitucional a la salud y el acceso a los servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, cobra especial significación la posibilidad de que las IPS dentro de un espacio geográfico determinado, puedan aunar esfuerzos para prestar servicios más eficientes, dar más cobertura de especialidades, brindar acceso a niveles de servicios de alta complejidad, optimizar y automatizar las herramientas y recursos, generar rentabilidad, lograr economías de escala y aminorar barreras en el flujo adecuado de los dineros del sistema, a través de unificación de bases de datos, capacitaciones, apoyo logístico y legal, y demás actividades conexas.

Es por ello que abordamos el presente estudio enfocado a la atención de una enfermedad, catalogada dentro del mismo sistema de ruinoso o catastrófica, desde una perspectiva de RISS, en procura de garantizar los servicios requeridos sin solución de continuidad a una población que cualquier barrera de acceso trae como consecuencia, literalmente, una disminución significativa en las expectativas de mejora o aún de vida.

1. ESTRATEGIAS PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD, IPS, EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Hoy por hoy, en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, a pesar de contarse con una gran oferta de servicios de salud, no existe conformada una Red Integrada de Servicios de Salud, en adelante RISS, entre IPS privadas, o de cualquier naturaleza, que permita desenvolver a cabalidad los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, consagrados en el artículo 48 de nuestra carta política y en la Ley 1438 de 2011, esto es, mayor acceso y más calidad, en la atención de pacientes que padecen la enfermedad del cáncer, es decir, el paciente oncológico.

1.2 ELEMENTOS DEL PROBLEMA

En la meseta de Bucaramanga y su área metropolitana se cuenta con una variada oferta de servicios de salud, sin embargo, los prestadores están disgregados y compitiendo entre sí. Cada uno tiene un aparato administrativo complejo que en algunos casos no favorece la atención en salud como tal, toda vez que se oscurece un poco el objetivo principal de una IPS, en la cual colaboran las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, con sus propios requerimientos y procesos administrativos; así mismo, no se cuentan con bases de datos sólidas que permitan, verazmente, conocer la transición epidemiológica de la población para generar políticas de prevención del cáncer o permitan identificar factores de riesgo anticipadamente de la enfermedad del cáncer para su tratamiento oportuno.

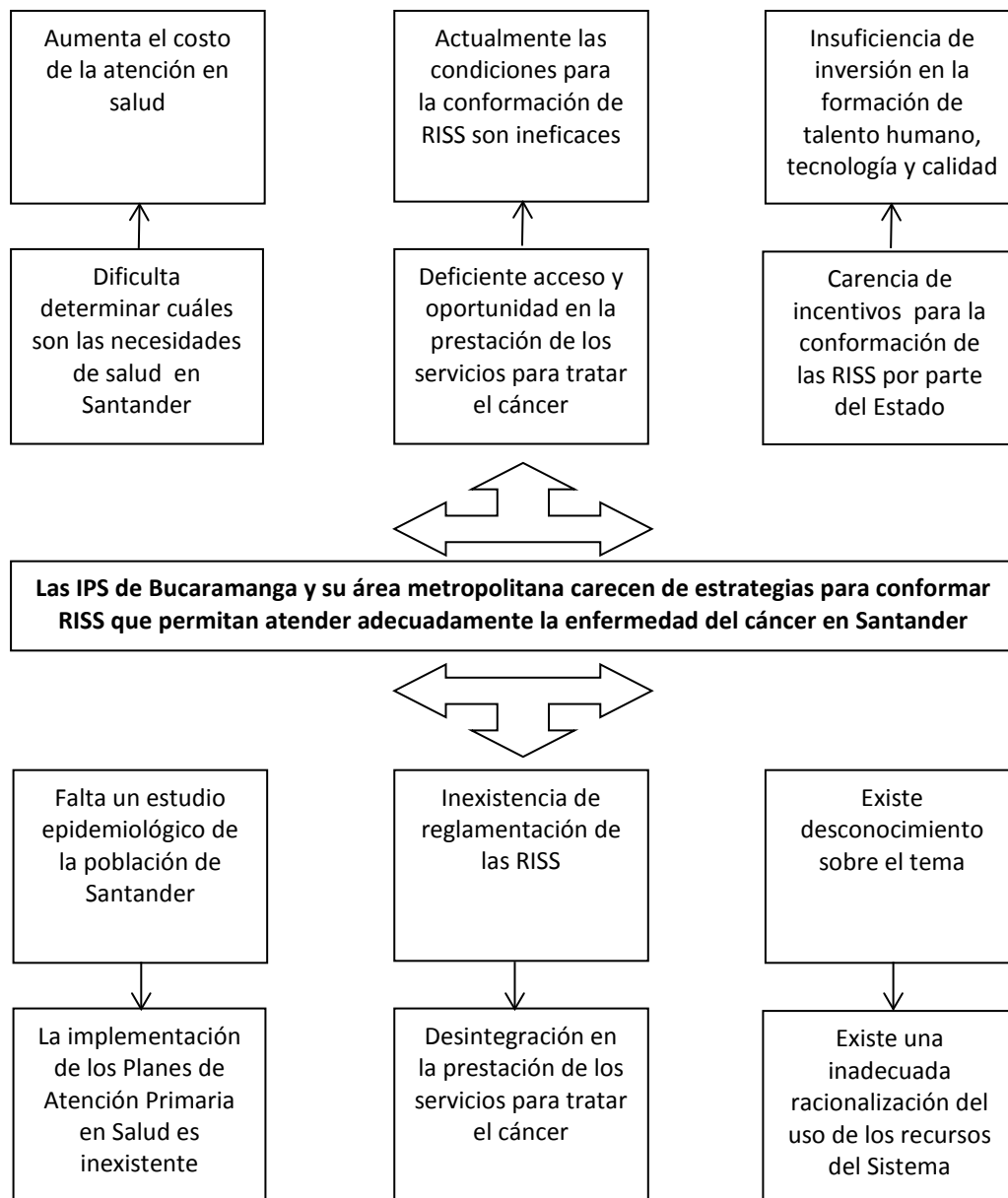
De igual forma, encontramos que el acceso a los servicios de salud y la oportunidad es deficiente; los procesos de referencia y contrareferencia no están definidos, la calidad es discutible en muchos casos por los volúmenes de población concentrados en pocos prestadores y la baja oferta de servicios de alta complejidad. Así mismo, se evidencia que a nivel nacional deben estar trasladándose los pacientes a municipios o departamentos distintos a los de su residencia, pues en sus lugares de origen no cuentan con los servicios en la complejidad que requiere la atención del cáncer. Entonces, hallamos familiares de pacientes que no los pueden acompañar, pues no cuentan con los recursos económicos para sufragar los gastos que genera la estancia en otra ciudad y además para el efecto no hay suficiente hotelería, exclusivamente para dar hospedaje a pacientes y sus familiares por un término prolongado de tiempo.

En dicho sentido, como elementos del problema, observamos, en un principio que los pacientes de cáncer generalmente no tienen continuidad en sus tratamientos o son constantemente remitidos de una IPS a otra por terminaciones de convenios, o sus servicios son suspendidos por mora en el pago por parte de las EAPB; luego encontramos que el tema de las Redes Integradas de Salud aún no está reglamentado. A la fecha, solo hay un borrador de Decreto que desdibuja toda razón de esta herramienta. Otro de los inconvenientes corresponde a que el Gobierno Nacional y los Entes Territoriales no incentivan su creación y conformación, por el alto grado de desconocimiento del tema.

1.3 PLANTEAMIENTO Y/O FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no cuentan con las estrategias para conformar RISS en Bucaramanga y su área metropolitana, que permitan atender de manera adecuada el cáncer.

Figura 1. Árbol Problema



1.4 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en el último año ha afrontado un sin número de críticas desde varios sectores, que han evidenciado problemas estructurales del aseguramiento, la desactualización de los planes de

beneficios, las barreras de acceso y oportunidad de los servicios y el inadecuado flujo de los recursos del sistema. Lo cual trae como consecuencia la mala calidad del servicio que percibe el usuario, y que en muchas ocasiones recibe.

De ahí que las RISS, se conviertan en una opción válida que permitan un mayor conocimiento de las condiciones sanitarias de una población geográficamente determinada y como resultado los servicios de salud estarán basados en evidencia; de igual forma, un direccionamiento dentro de la red, por medio de sus propios canales de referencia y contrareferencia, dará un acceso a todas las complejidades y niveles de atención sin dilaciones, promoviendo altos estándares de calidad y un adecuado flujo de recursos que redundará en beneficios económicos para las IPS y de esta forma beneficiar a los usuarios del SGSSS, concretamente al paciente oncológico.

A pesar de ello, actualmente los incentivos para las RISS es nulo y toda iniciativa emerge principalmente de las IPS, encontrándonos con inconvenientes, no solo de orden normativo por los vacíos existentes en la materia, sino también por los intereses particulares.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar las estrategias que promuevan la creación de la red integrada de servicios de salud entre IPS de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana que se comprometan a dar una atención integral al enfermo de cáncer del departamento de Santander.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la demanda existente de servicios de salud de pacientes oncológicos en el Departamento de Santander.
- Identificar cuáles son los tipos de cáncer que más se presentan en el Departamento de Santander.
- Identificar la oferta existente de servicios de salud más relevante en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, de tercer nivel de atención, para los pacientes de cáncer de todo el Departamento de Santander.
- Estructurar un sistema de información para que las IPS puedan acceder a los mecanismos de conformación de RISS, con un enfoque principal en la atención de los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer u oncológicos.

3. MARCOS DE REFERENCIA DEL PROYECTO

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Historia. En un inicio, en el período comprendido entre la Constitución de 1886 y el año de 1946, se contaba con un sistema encaminado a atender contingencias sanitarias y de higiene por parte del Estado y los servicios de salud, en su parte de prevención y atención, debía ser asumido por los particulares o acudir la beneficencia.

Luego, la seguridad social hizo aparición. Primero, en el año 1945 con la creación de la Caja de Previsión Nacional, encargada de atender en salud a los empleados públicos; y segundo, con la Ley 90 de 1946, la cual fue producto de la concertación entre sindicatos, empresarios, el gobierno nacional y asociación médica, y cuyo objetivo fue amparar los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez y vejez; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y muerte, (Artículo 1 ibídem), para trabajadores dependientes y algunos independientes, quienes accedían a los servicios de salud en el recién creado Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Hacia el año de 1970, se conforma el Sistema Nacional de Salud, (SNS), en el cual, mediante subsidios a la oferta, el Gobierno Nacional enviaba los recursos provenientes del situado fiscal para la salud a la red pública de hospitales, brindando atención a la población de escasos recursos; así mismo, el sistema se financiaba con recaudos de empleadores y empleados para los servicios de salud de la clase trabajadora formal. Este sistema se caracterizó por la deficiente calidad y la baja cobertura.

Posteriormente, con la Ley 10 de 1990, a la atención en salud se le da el rango de servicio público a cargo de la Nación, con participación de los entes territoriales y

se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, indicando que *“La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley”.*¹

Sin embargo, frente a los cambios institucionales y la nueva carta política de 1991, se evidenciaron los problemas que presentaba el SNS, así como la “falta de universalización, la solidaridad insuficiente, la ineficiencia y la transición epidemiológica”²; lo cual abrió nuevamente el debate sobre la viabilidad del sistema y la necesidad de una reforma en el esquema de aseguramiento que permitiera cubrir a más población y brindarle más servicios.

Fue así que en el año de 1993, con la expedición de la Ley 100, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, abrió la puerta para que entidades de naturaleza privada actuaran en el aseguramiento del riesgo de las contingencias en salud para afiliados y beneficiarios, bajo un esquema de universalización, solidaridad, libertad regulada y libre competencia de aseguradores y prestadores, dentro de un sistema con dos regímenes; uno contributivo, que asegura a los trabajadores, a las personas con capacidad de pago, pensionados y sus núcleos familiares, a través de aportes obligatorios, (cotización); y otro subsidiado, que vincula a la población pobre, sin capacidad de cotización, identificada por medio del Sistema de Identificación de Beneficiarios Potenciales para los Programas Sociales, SISBEN, el cual se financia con el Sistema General de Participaciones y el 1% de los aportes del régimen contributivo.

Actualmente continua rigiendo el sistema descrito, sin embargo las últimas reformas lo han enfocado hacia una cobertura total, la prestación del servicio con

¹ Artículo 1º Ley 10 de 1990.

² GONZÁLEZ CORTÉS, JUAN CARLOS. Reforma al Sistema de Salud. Legis Editores, Bogotá, Colombia, 2011.

mayor acceso, oportunidad y calidad, así como un mejor flujo de recursos para la atención.

3.1.2 Regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

De acuerdo con la organización y normatividad del SGSSS, existen dos regímenes encaminados a sectores específicos de la población, con los cuales se organiza el aseguramiento y se propende por su universalización, es decir, que cubra todos los residentes de Colombia, en todas las etapas de la vida³. Así mismo, aunque no se encuentra dentro del SGSSS, para mayor ilustración, existen regímenes especiales y exceptuados, que cubren a ciertas personas.

3.1.2.1 El Régimen Contributivo: El régimen contributivo, de acuerdo al artículo 202 de la Ley 100 de 1993, corresponde a la vinculación de los individuos y sus familias al SGSSS por medio de una cotización financiada por él y, según el caso, en concurrencia con su empleador. A este régimen se encuentran afiliadas de manera obligatoria todas aquellas personas con capacidad de pago, como lo son los trabajadores dependientes, los independientes con ingresos y los pensionados.

Los afiliados corresponden a dos categorías: cotizantes y beneficiarios.

Los cotizantes son las personas vinculadas mediante contratos de trabajo; los trabajadores independientes, rentistas, propietarios de empresas, en general toda persona que tenga ingresos y su vinculación no se encuentre regida por un contrato; los servidores públicos; los pensionados bajo cualquier modalidad y los cónyuges o compañeros (as) permanentes de las personas que hagan parte de algún régimen especial o de excepción y que se encuentren en algunos de los anteriores supuestos.⁴

³ Artículo 3 Ley 1438 de 2011, Principios SGSSS.

⁴ Decreto 806 de 1998

Los beneficiarios corresponden al grupo familiar del cotizante así: el cónyuge; a falta de cónyuge la compañera o compañero permanente; Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado; Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado; Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes y dependan económicamente del afiliado; Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado menores de edad o sin capacidad de pago y que dependan económicamente de él; A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.⁵

3.1.2.2 Régimen Subsidiado: En este régimen se encuentran vinculadas todas las personas sin capacidad de pago de una cotización, es decir, pobres y vulnerables, la cual es cubierta con recursos fiscales y una parte de los aportes al régimen contributivo (solidaridad).

Mientras una persona no se encuentre afiliada al régimen subsidiado y no pueda cotizar al contributivo, hacen parte de un grupo denominado vinculados, los cuales son atendidos por las instituciones públicas y las IPS privadas que tengan contrato con el estado.⁶

3.1.2.3 Regímenes especiales y de excepción: Estos regímenes no se encuentran regulados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir por la Ley 100 de 1993 y las demás normas que la adicionan, modifican y complementan. Corresponde a regímenes que establecen su propia seguridad social en salud, siempre y cuando estén autorizadas por la Ley.

⁵ Ibídem

⁶ Ibídem

Dentro de los regímenes de excepción especiales nos encontramos con el de los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y a su personal civil, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas; los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo sean compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la Ley 100 de 1993, estén en concordato; preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato; a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, y los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol; las universidades estatales u oficiales.⁷

3.1.3 Actores e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Teniendo en cuenta que estamos hablando de un sistema complejo, la ley ha determinado qué entidades e instituciones hacen parte del mismo, cuál es su estructura y las funciones asignadas para desarrollar derechos de rango constitucional; así mismo, en lo que respecta a nuestro estudio, cobra relevancia en el sentido de que las RISS propenden por llegar a ser actores activos y de gran relevancia dentro de este.

3.1.3.1 Ministerio de Salud y Protección Social: Es preciso indicar, en principio, que la Ley 1444 de 2011, escindió del Ministerio de Protección Social los objetivos

⁷Artículo 279, Ley 100 de 1993.

y funciones asignadas al Viceministerio de Salud y Bienestar Social y creó el Ministerio de Salud y Protección Social.

Claro lo anterior, la dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud, se encuentra en cabeza⁸ del Ministerio de Salud y la Protección Social, y por lo tanto tiene como funciones y objetivos formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, así como el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁹, de igual forma, por ser uno de los pilares del sistema, generar mecanismos para la universalización del aseguramiento.

3.1.3.2 Superintendencia Nacional de Salud, SNS: Es la autoridad administrativa técnica, autónoma y con personería jurídica, adscrita al Ministerio de Salud y la Protección Social, del SGSSS encargada de su inspección, vigilancia y control; funciones que, de conformidad con el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, consisten en lo siguiente:

Inspección: Son las “actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, por medio de esta función, la SNS constata que la información financiera, jurídica, técnico científica y respecto a la garantía y calidad de la prestación de los servicios de salud, de obligado reporte por parte de los vigilados, sea oportuna, veraz y cumpla con las disposiciones legales sobre la materia.

Vigilancia: Es la facultad que tiene la SNS para “advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social”, respecto

⁸ Artículo 4º Ley 1438 de 2011

⁹ Decreto 4107 de 2011.

al cumplimiento de los principios del SGSSS y el conjunto de normas que hacen parte del mismo.

Control: Es la facultad de SNS para imponer correctivos y sancionar a sus vigilados cuando existe vulneración a las normas de obligatorio cumplimiento del sistema.

3.1.3.3 La Comisión de Regulación en Salud: Es una Unidad Administrativa Especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, creada mediante la Ley 1122 de 2007 y que remplazó a la Comisión Nacional de Salud.

Dentro de sus funciones encontramos la de servir de órgano consultor de los diferentes actores del sistema, definir, revisar y modificar el plan obligatorio de salud, POS, revisar los medicamentos que hacen parte del plan y fijar la Unidad de Pago por Capitación, entre otras.

3.1.3.4 El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA: Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, compuesta por cuatro subcuentas a saber: 1. De compensación interna del régimen contributivo; 2. De solidaridad del régimen de subsidios en salud; 3. De promoción de la salud; 4. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, ECAT.

- La Subcuenta de compensación se encarga de manejar y distribuir la diferencia entre los ingresos por las cotizaciones y el valor de las Unidades Por Capitación, entre las Entidades Promotoras de Salud.
- La Subcuenta de solidaridad se encarga de la cofinanciación del régimen subsidiado con los recursos que por disposición legal deben depositarse allí.

- La Subcuenta de promoción tiene como objetivo financiar las actividades de prevención y promoción de la enfermedad, así como de brindar educación y formación sobre estos temas.
- La Subcuenta ECAT, es la que financia la atención de urgencias y médico quirúrgica generada por accidentes de tránsito, en lo no cubierto por las compañías de seguros autorizadas para colocar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, y las acciones terroristas y catástrofes naturales.

3.1.3.5 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB: De conformidad con el párrafo del artículo 4º del Decreto 1018 de 2007 y la Circular Única No. 047 de 2007 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, “se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.”, las cuales, en lo pertinente, definimos a continuación:

a) Entidades Promotoras de Salud, EPS: Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de sus afiliados; del recaudo de las cotizaciones y de garantizar los servicios de salud contemplados en el POS.

b) Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS’S: Son las responsables de garantizar los servicios de salud contemplados en el POS’S, para la población beneficiaria del SISBEN que se afilia a estas entidades.

c) Las Cajas de Compensación Familiar: Teniendo en cuenta que dentro de sus programas incluían la prestación de servicios de salud¹⁰, y que por mandato legal debían destinar un porcentaje de los recaudos del subsidio familiar a la financiación del régimen subsidiado, se les permitió, previo cumplimiento de los requisitos del Sistema y de acuerdo a la ley 100 de 1993, administrar directamente dichos recursos y actuar como administradoras del régimen subsidiado, hoy EPS'S.

e) Entidades Adaptadas: Estas corresponden a los fondos, cajas y entidades de previsión social existentes con anterioridad a 1993 y a las cuales se les brindó la posibilidad de adaptarse al sistema de la Ley 100, sin necesidad de convertirse en una EPS o en defecto liquidarse, y con ello poder seguir prestando servicios de salud a sus afiliados. Las entidades adaptadas no pueden tener nuevos afiliados y los que pertenecen a ella corresponden a trabajadores aún vinculados o pensionados.

d) Entidades Obligadas a Compensar, EOC: Son entidades que, a pesar de no actuar como EPS, están obligadas a cumplir con el proceso de compensación del FOSYGA, pues deben realizar los aportes de salud.

e) Entidades de Medicina Prepagada: Son entidades autorizadas y organizadas para la gestión de servicios de salud, directa o indirectamente, por medio de planes preestablecidos, financiados totalmente por el afiliado con recursos diferentes a la cotización.¹¹

3.1.3.6 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS: Son instituciones de naturaleza pública, privada o mixta, que tienen por objeto la

¹⁰ MONSALVE ARENAS, Gerardo. El derecho colombiano de la seguridad social, tercera ed., Legis Editores, Bogotá, Colombia, 2011.

¹¹ Decreto 1486 de 1994 y Ley 1438 de 2011

atención y prestación de servicios de salud a cualquier persona, sea o no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en cualquiera de sus regímenes.

Dentro de las IPS públicas, encontramos a las Empresas Sociales del Estado, ESE, las cuales son entidades con autonomía, patrimonio autónomo, con personería jurídica y descentralizada y mediante estas, la Nación y los entes territoriales prestan servicios directamente.

Así mismo, “deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.”¹²

3.1.3.7 El Instituto Nacional de Salud: Es un instituto científico y técnico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, que se continuará denominando adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. Tiene por objeto “(i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (m) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos y biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y

¹² Artículo 185 de la Ley 100 de 1993

coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.”¹³

3.1.3.8 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA: Es un establecimiento público del orden nacional adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica y autonomía administrativa que tiene por objeto la implementación y ejecución de políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos y elementos médico quirúrgicos, entre otros. (Artículo 245 de la Ley 100 de 1993).

3.1.3.9 La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, CNPMD: Es una comisión integrada por el Ministro de Comercio, Industria y Turismo, el Ministro de Salud y Protección Social y un delegado del Presidente de la República, que tiene por objeto formular la política de regulación de precios de los medicamentos y los dispositivos médicos.

3.1.3.10 El Instituto de Evaluación Tecnológica de Salud: Es una corporación sin ánimo de lucro, de naturaleza mixta que deberá evaluar las nuevas tecnologías en salud basadas en evidencia científica y dar orientaciones para la aplicación de las mismas en el Plan de Beneficios.

3.1.3.11 El Instituto Nacional de Cancerología INC: El INC es una Empresa Social del Estado, ESE, que desde hace varios años han venido liderando a nivel nacional políticas encaminadas a mejorar la atención de los pacientes diagnosticados con cáncer, por medio de guías de atención, protocolos, etc.

3.1.4 Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS. Ante los constantes problemas que se han presentado en el SGSSS en cuanto a la garantía de la prestación de los servicios, el acceso y la oportunidad de los mismos y el flujo de

¹³ Decreto 4109 de 2011

recursos, el sistema demanda que se organicen prestadores que puedan brindar atención en salud más eficiente, equitativa, integral¹⁴, en un espacio geográficamente determinado y una población identificada.

Ello tiene como finalidad que las personas mejoren sus condiciones de salud y se pueda sostener financieramente el Sistema, pues al combatir la desarticulación de los prestadores y crear una cultura real del servicio, se bajan costos y se racionaliza efectivamente el servicio, evitando abusos contra el mismo.

Además, como resultado de una RISS, los usuarios no recibirán una atención dispersa y fragmentada, lo cual deviene en una atención unificada y oportuna, que propende por las necesidades del paciente y mejora la calidad de vida de las poblaciones donde se conforman.

A pesar de lo anterior, en la actualidad no se encuentra operando en nuestro país una RISS operando, pues, el Gobierno Nacional no ha reglamentado el tema, siendo que traería consigo la solución de muchos de los problemas que se presentan hoy en salud, no solo en la prestación propiamente dicha, sino inconvenientes de índole administrativo. Por consiguiente, hace falta un compromiso que incentive la conformación de las RISS y permita su entrada en funcionamiento para que, desde los prestadores, mejore el sistema, permitiendo una prestación eficiente de servicios de salud con calidad.

3.2 MARCO LEGAL

Partiendo de que a la fecha no se encuentra reglamentado el tema de Conformación y Habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, haremos una reseña de la normatividad jurídica con la que se cuenta actualmente y que obedece a la base sobre la cual se quiere dar cabida a las redes.

¹⁴Artículo 60 Ley 1438 de 2011

Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, en el Libro II, reglamenta lo concerniente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 715 de 2003, “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.”, la cual se trae a colación toda vez que puede tomarse como un precedente respecto al alcance y creación de redes de salud.

Ello se desprende del artículo 54, el cual preceptúa:

“ARTÍCULO 54. ORGANIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE REDES. *El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.*

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO 1o. *Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios. Para el conjunto de servicios e instalaciones que el Ministerio de Salud defina*

como de control especial de oferta, las Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, requerirán de la aprobación de sus proyectos de inversión por el Ministerio de Salud.”

Ley 972 de 2005, “Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida”, en donde se afirma que el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará los medicamentos, dispositivos, tecnologías, etc., para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas. En el artículo 5 se indica que: *“En desarrollo del artículo anterior, y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la farmacovigilancia de los productos adquiridos.”*. Aunque esta Ley está más enfocada a la protección integral de los pacientes de VIH y Sida, se da rango legal a las obligaciones, no solo del SGSSS, sino del Estado, en la atención de los pacientes diagnosticados con cáncer.

Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”, hace una alusión superficial del tema, indicando, con el fin de regular la prestación del servicio, en el párrafo tercero del artículo 25, que *“El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.”*, pese a que para la entrada en vigencia de la Ley no existía reglamentación sobre la materia.

Ley 1151 de 2007, “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.”, en su artículo 33, señala:

“ARTÍCULO 33. ORGANIZACIÓN DE REDES. *Con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, las entidades territoriales que no han consolidado los procesos de organización de redes para el logro de los propósitos señalados en el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, y para garantizar la sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la red, tendrán un plazo máximo de un año, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, para viabilizar y adoptar el Plan de Organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud previo concepto del Ministerio de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación.*

Para el efecto, el Gobierno Nacional continuará con el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud, siempre y cuando la evaluación del mismo sea satisfactoria y los ajustes propuestos estén orientados a la modernización y reorganización efectiva de las redes. Igualmente las instituciones financieras podrán conceder créditos a las entidades territoriales y a las empresas sociales del Estado, en condiciones favorables, las cuales se mantendrán siempre y cuando los beneficiarios cumplan con los indicadores de seguimiento y evaluación establecidos en el programa.”

El citado artículo fue derogado por la **Ley 1450 de 2011**, que en su artículo 156, preceptúa:

“ARTICULO 156°. PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO-ESE. *El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los*

posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

El Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo.

El programa se financiará por la Nación y las entidades territoriales de acuerdo a lo establecido por el artículo 83 de la Ley 1438 de 2011 y con cargo a los recursos territoriales destinados a la prestación de los servicios de salud , entre los cuales se deberán contemplar los recursos propios, las rentas cedidas, incluidos los recursos a que hace referencia el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010, los recursos de ETESA en liquidación o de la entidad que haga sus veces y aquellos que la entidad territorial decida asignar para el efecto, lo cual deberá quedar previsto en los planes financieros integrales territoriales del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. *La definición de un Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE podrá considerarse como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero, con el cumplimiento de todos los términos y requisitos establecidos en la Ley 617 de 2000 y sus decretos reglamentarios y de*

conformidad con el numeral 76.14.3 del artículo 76 de la Ley 715 de 2001 en el caso de municipios y distritos.

Lo anterior con el fin de demostrar que ha sido, por lo menos respecto a los prestadores públicos, intención del Gobierno Nacional dar las herramientas para la conformación de redes integradas de salud, sin embargo ha faltado voluntad política para que ello sea una realidad.

Ley 1384 de 2011, o Ley Sandra Ceballos, “por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.”. Esta ley obedeció a la lucha que emprendiera una Congresista que padecía la enfermedad, apoyada por Asociaciones de Usuarios, Sociedades Científicas, la academia, etc., y tiene como objetivo generar políticas de prevención, de control integral, es decir, reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad en los pacientes de cáncer.

De igual forma, esta Ley define la Red Nacional de Cáncer, en los siguientes términos: *ARTÍCULO 12. RED NACIONAL DE CÁNCER. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.*

PARÁGRAFO. *La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer.*

ARTÍCULO 13. RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS. *Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos,*

de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley.

PARÁGRAFO. *El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos*

Esta red a la fecha no ha sido estructurada, por ello cobra especial relevancia la posibilidad de materializarla efectivamente en una Red Integrada de Servicios de Salud en los términos de la Ley 1438 de 2011, que se traerá a colación más adelante.

Ley 1388 de 2010, “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, la cual tiene como objetivo disminuir la tasa de mortalidad de los menores de 18 años. También busca que todos los actores del SGSSS se comprometan en la prestación integral del servicio que requieran todos los pacientes diagnosticados o que se sospeche o tengan riesgo de padecer de cáncer.

Es preciso indicar que actualmente se encuentra en estudio por parte de los distintos actores del Sistema, dos proyectos de resoluciones para organizar la Red Integrada de Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer Infantil y establecer el Sistema de Información para el control de la atención del Cáncer Infantil.

De materializarse ambas resoluciones, supondría cambios importantes en la atención de cáncer de los niños, niñas y adolescentes que sean pacientes oncológicos, pues como población de especial protección, debe garantizárseles

por parte del Estado y los distintos actores del SGSSS, la atención óptima, oportuna e intersectorial.

Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. En esta ley se abordan las Redes Integradas de Servicios de Salud en su Capítulo II, fijando los parámetros para su creación, sin embargo, como ha acontecido con las normas anteriores, su falta regulación sigue siendo un impedimento para materializar esta forma de prestación.

“ARTÍCULO 62. CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. *Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.*

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.”

El Ministerio de Salud y Protección Social, a la fecha, ya cuenta con un borrador – Proyecto de Decreto, “Por el cual se reglamenta la estrategia de Atención Primaria

en Salud, en el componente de servicios de salud, mediante las herramientas de Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud”, sin embargo ha sido duramente criticado por las Asociaciones de prestadores de servicios de salud, academia y sociedades científicas y de profesionales, toda vez que faculta exclusivamente a las EPS, la organización de las Redes, excluyendo a los Entes Territoriales y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

La Circular Única 047 de 2007, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, en el punto cinco, del capítulo primero del título II, reza:

“5. Red de Prestadores y Oferta de Servicios

Se define como Red de Prestadores de Servicios el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

En consonancia con lo anterior, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que haga parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la Entidad Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.

Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de las **Circulares No. 66 y 67 de 2010y 004 de 2011**, ha dado directrices respecto a la intermediación y a las formas de alianzas estratégicas, lo cual ha servido de

preámbulo y de ayuda para las IPS con el objeto de aunar esfuerzos para la atención en salud, mientras se proporcionan las herramientas de conformación de RISS.

Decreto 1011 de 2006, Por medio de este decreto se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, que busca la mejora en los resultados de atención en salud centrados en el usuario y su familia y que tiene como características la accesibilidad en la utilización de los servicios, la oportunidad en la prestación, la seguridad entendida como los instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; la pertinencia y la continuidad en la atención que permita el restablecimiento de la salud del paciente.

El sistema cuenta con cuatro componentes a saber:

- ❖ El Sistema Único de Habilitación, reglamentado en la **Resolución 1043 de 2006**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, es decir, se fijan las reglas que toda IPS, antes de iniciar la operación, debe acatar a cabalidad y que garantizan la calidad en la atención de los usuarios.
- ❖ La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, la cual corresponde a la obligación de las EAPB y las IPS de realizar auditorías para evaluar los estándares de acreditación. (**Arts. 32 y ss Decreto 1011 de 2006**).
- ❖ El Sistema Único de Acreditación, que “es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar

el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.”, dichos estándares fueron revisados y actualmente se encuentran definidos en la **Resolución 0123 de 2012**.

❖ Sistema de Información para la Calidad, regulado en la **Resolución 1446 de 2006**, el cual busca “definir y establecer las condiciones y procedimientos de la información que permita: 1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema general de Seguridad Social en Salud- 3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, como se ha expuesto hasta ahora, se vislumbran como opciones validadas y aplicables para mejorar las condiciones de salud de la población y propender por la sostenibilidad financiera, no solo de los prestadores, sino también de los demás actores del Sistema.

Por lo tanto, a pesar de la falta de reglamentación de las RISS, es preciso plasmar los conceptos sobre los cuales se erigirá su conformación y futura puesta en marcha.

Dichos conceptos son:

3.3.1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. IPS. Como se explicó en párrafos anteriores, son las instituciones encargadas, previo del cumplimiento de obligaciones imperativas, de prestar servicios de salud de acuerdo al nivel de atención que tengan habilitado. Estas instituciones gozan de autonomía administrativa, técnica y financiera, en un esquema de libre competencia, sin abusar de la posición dominante que llegaren a ostentar.

Dentro del término IPS, no solo contamos las clínicas, hospitales y centros de salud, sino igualmente deben mencionarse los grupos de práctica profesional y los profesionales independientes. Para el objeto de este estudio, haremos referencia solo a clínicas y hospitales por la magnitud y la incidencia que tendrán dentro de las Redes.

Así mismo debe mencionarse, los “Hospitales Universitarios”; IPS que, de acuerdo con la regulación de los convenios docencia – servicio y lo contenido en la Ley 1438 de 2011, los cuales además de contemplar en su objeto prestar servicios de salud, también incluyen la formación de talento humano en salud, con rotaciones asistenciales y en programas de posgrados.

3.3.2 El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En desarrollo de la Ley 100 de 1993, de la forma que lo planteó el Congreso de la República otorgó la facultad al Gobierno Nacional para fijar los requisitos que debían cumplir, entre otros actores, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para poder operar dentro del Sistema; así mismo, se contempló que debía asegurarse y garantizar la calidad de la atención en salud.

Fue así, después de un recorrido normativo, que se expidió el Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante SOGCS, entendido este como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos,

mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”¹⁵.

Entonces, el SOGCS busca que se mejoren los resultados en la atención en salud, teniendo como eje central al usuario, en cuanto a acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de las acciones en salud, y para ello tiene cuatro componentes que se explicaran a continuación.

3.3.2.1 Componente del Sistema Único de Habilitación: Las IPS para entrar a regir y poder mantenerse dentro del SGSSS, deben cumplir con unas condiciones mínimas de suficiencia patrimonial y financiera, de capacidad tecnológica y científica y técnico administrativa. Para ello deben realizar una autoevaluación respecto a las condiciones de habilitación y diligenciar el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, el cual es presentado ante la entidad departamental o distrital de salud. Las IPS son responsables por la información que suministren el formulario. En todo caso, una vez inscrita la IPS en el registro especial de prestadores, la entidad departamental o distrital debe verificar continuamente las condiciones de habilitación para determinar la permanencia del prestador.

3.3.2.2 Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: Se refiere a los programas que debe implementar la IPS, de acuerdo a los estándares de acreditación, sobrepasando los requisitos del sistema único de habilitación. La auditoría implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento, ya sea por auditoría externa o interna, la adopción de planes de correctivos y de mejora y la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada. A las IPS igualmente deben realizarle auditorías de calidad las
EAPB.

¹⁵ Decreto 1011 de 2011

3.3.2.3 Componente del Sistema Único de Acreditación: Corresponde al conjunto de procedimientos, mejora y estándares de autoevaluación y evaluación externa, encaminados a demostrar el cumplimiento de niveles superiores al Sistema Único de Habilitación para lograr la acreditación por parte de una entidad aprobada para el efecto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. La IPS que desee acreditarse debe contar con la certificación previa del cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación.

El Sistema Único de Acreditación se encuentra orientado por los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad.

3.3.2.4 Componente del Sistema de Información para la Calidad: Se circunscribe a la unificación de la información de los prestadores, con el objetivo de estimular la libre competencia con bases de calidad, que permita a los usuarios conocer el funcionamiento del SGSSS y sus derechos y deberes. Por ello el Ministerio de Salud y Protección Social monitorea, orienta, referencia y estimula la gestión de calidad que adelanten las IPS.

Este componente se rige por los principios de gradualidad, sencillez, focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

3.3.3 Definición de Redes Integradas de Servicios de Salud. El artículo 60 de la Ley 1438 de 2011, las define como “el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”

De lo anterior se desprenden varios elementos; 1. Que existan varias IPS, de cualquier naturaleza, de diferentes niveles de atención; 2. Una población determinada; 3. Un espacio geográfico y; 4. Una demanda determinada, es decir, identificada de acuerdo a las condiciones de salud de la población.

Las Redes son IPS habilitadas, ubicadas en un espacio geográficamente determinado, que se unen para contratar con EAPB y demás aseguradores y prestar atención a los afiliados o usuarios de estas, con un conocimiento previo de sus condiciones epidemiológicas, y si no lo hay, deberá determinarlo desde la Red, brindándoles mayor acceso, oportunidad, continuidad y calidad garantizando el mejor tratamiento para el diagnóstico dado.

Así mismo, las Redes deben definirse, desde un punto de vista eminentemente económico, como la conjunción de esfuerzos para minimizar costos, optimizar recursos, lograr economías de escala que permitan a su vez generar inversión en investigación, nuevas tecnologías y formación de talento humano en salud, dando como resultado ganancias y utilidades.

3.3.4 Organización de Redes. Aunque está pendiente la reglamentación que permita definir las condiciones de habilitación, la forma de reporte de información en los términos de la Circular Única 047 de 2007 y la forma administrativa y de atención a implementarse, los límites de sus facultades, así como lo concerniente a la competencia dentro del mercado, para hablar de organización de Redes, deben tenerse en cuenta los aspectos¹⁶ reseñados en la ley.

Esos aspectos son, en primer lugar, determinar la población y territorio a cargo, de acuerdo a la jurisdicción del respectivo ente territorial y los afiliados a la Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes; conocer las necesidades sanitarias y de salud de la población a atender, que permita definir los servicios que demandan y la oferta existente en el territorio que permita el acceso a servicios de promoción y prevención, diagnóstico y rehabilitación en todas las complejidades de atención. Lo anterior sin olvidar el principio del SGSSS del enfoque diferencial.

En segundo lugar, contar con un modelo de atención primaria en salud como estrategia para brindar atención integral encaminada al bienestar de la población.

¹⁶ Artículo 63 Ley 1438 de 2011

De igual forma, debe tener un talento humano suficiente, valorado, competente y comprometido, propiciando los convenios docencia – servicio y la formación del talento humano en salud.

En tercer lugar fortalecer la oferta de servicios existentes para que puedan atender las demandas de atención más frecuentes y que permitan disminuir riesgos.

En cuarto lugar crear mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia, una red de transporte y sistemas de información (datos reales de la población, en cuanto a sus condiciones de salud, raza, sexo, edad, origen, etc.), y comunicaciones, para garantizar la integralidad y continuidad de la atención, ya sea dentro de las IPS de la red o propiciando los servicios que prestan los cuidadores y cuidadoras al interior del hogar¹⁷, además de la participación activa de todos los actores del SGSSS.

Por último contar con mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

Ahora bien, actualmente existe un proyecto de decreto en el cual la organización de las RISS estaría en cabeza de las EPS. En nuestro criterio es un gran desacierto del Ministerio, toda vez que deja en un segundo plano a otros actores, propiciando que los problemas actuales de la salud en Colombia, con la incidencia que ello tiene en pacientes con enfermedades ruinosas o catastróficas, se ahonden más en perjuicio de los usuarios, pues, además, debe tenerse en cuenta que en la práctica una Red debe ser el punto de encuentro de varias IPS asociadas o integradas voluntariamente bajo unas claras reglas de juego, en armonía con los entes territoriales y los Consejos Territoriales de Seguridad Social, es un contrasentido dejar a cargo a las EPS de ello.

¹⁷ En la última reforma al SGSSS, se dedica una parte a los cuidadores y cuidadoras del hogar, incentivando el auto y mutuo cuidado en los núcleos familiares y esos servicios sean incluidos en las cuentas nacionales de salud.

3.3.5 Articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Una vez se identifique la población y sus factores de riesgo en salud, así como el perfil epidemiológico y su vigilancia; se cuente con un modelo de oferta de servicios y se evidencien todos los aspectos ya reseñados, las entidades territoriales en coordinación con las EPS, utilizando como canal los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; respetando la autonomía de las IPS que vayan a ser parte de la red, se deberán articular las RISS, procurando que los servicios sean oportunos, integrales, continuos, de calidad, seguros, para optimizar los recursos del sistema¹⁸.

Es precisamente en este punto, en donde debe darse la reglamentación en conjunto con lo respectivo a la habilitación de las redes, pues mientras no exista claridad en cuanto a la articulación y coordinación, la conformación de una red puede quedarse solo en intenciones.

Esto último también ha sido estudiado en el Proyecto de Resolución en comento, en donde también se evidencia el inconveniente, ya no de forma, si no de fondo, pues las IPS se articularían y conformarían por mandato o dirección de la EPS, vulnerando con ello su autonomía para ponerla a servicio de los intereses particulares del Asegurador.

El Proyecto señala lo siguiente:

Artículo 10. Procedimiento para realizar la habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. El procedimiento para realizar la habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud será el siguiente:

a. Etapa de habilitación de la Red Integrada de Servicios de Salud.

Una vez recibido el documento de organización de la red integrada de servicios de salud presentado por las Entidades Promotoras de Salud, las

¹⁸Artículo 64 de la Ley 1438 de 2011

Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, cuentan con un plazo máximo de noventa (90) días calendarios para revisar el cumplimiento de los requisitos para la habilitación de la red y habilitar la red, o para devolver el documento con el fin de que se efectúen los ajustes.

b. Etapa de seguimiento de la habilitación de la red integrada de servicios de salud.

Corresponde a las Direcciones Territoriales de Salud realizar actividades de seguimiento del cumplimiento de los requisitos de habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud de su jurisdicción.

Las actividades de seguimiento que realicen las Direcciones Territoriales de Salud se llevarán a cabo en forma independiente de las funciones de inspección, vigilancia y control de su competencia que le corresponden.

Parágrafo. *La habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud es un requisito para la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud.*

Parágrafo transitorio. *Las Entidades Promotoras de Salud habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de publicación del presente decreto, dispondrán de un término de nueve (9) meses, para la presentación de los documentos de la organización de la red a las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud donde tengan afiliados, y deberá procederse en los términos establecidos en el presente decreto.*

Y más adelante indica:

Artículo 13. Articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. *La articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud estará a cargo de las Entidades Territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, para lo cual, el Departamento o Distrito deberá presentar periódicamente al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud un informe de las redes organizadas y habilitadas.*

Lo anterior confirma la crítica planteada, toda vez que de erigir a las RISS como una respuesta real a la atención oportuna, integral y continuidad, se pretende por el Ministerio dejar a las EPS como las precursoras de sus propias Redes, vulnerando de contera los principios del Sistema, como lo son la igualdad, la

equidad, la calidad, eficiencia, participación social, libre escogencia, complementariedad y concurrencia.

3.3.6 La enfermedad del cáncer. De conformidad a la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la denominación de un “grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.”.

Es una enfermedad que en Colombia causó la muerte aproximadamente en el año 2009, (último año del cual se tienen datos), a 193.000 personas y en el mundo cobra la vida de aproximadamente 7.6 millones de habitantes.

4. METODOLOGÍA

4.1 PARÁMETROS, PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin de cumplir con nuestro objetivo de diseñar las estrategias que logren promover la conformación de una Red Integrada de Servicios de Salud entre IPS en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana para la prestación de servicios oncológicos, se trabajará bajo la siguiente metodología:

- ❖ Recopilar información sobre el número de personas que padecen cáncer, por género y grupo etario en el departamento de Santander.
- ❖ Adelantar las actividades tendientes para la recopilación de la información existente sobre la oferta de servicios oncológicos, tales como envío de derechos de petición e investigación directa con el personal.
- ❖ Identificar los criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicio de salud, como:
 - a. Definir las necesidades y preferencias en salud la cual determina la oferta de servicios.
 - b. Verificar que exista recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
 - c. Realizar un estudio de valoración donde se evidencie si se cuenta con una adecuada estructuración que permita atender las demandas de los pacientes oncológicos.
 - d. Identificar los mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia, garantizando la integralidad y continuidad de la atención al paciente que padece cáncer.

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN APLICADA

Teniendo en cuenta que se busca definir estrategias que permitan conformar una Red Integrada de Servicios de Salud en la ciudad de Bucaramanga y el área metropolitana para atender pacientes oncológicos del Departamento de Santander, debido a que existen situaciones que no marchan como deberían, ya sea por la falta de reglamentación, de conocimiento, o interés; el tipo de investigación a aplicar en el presente trabajo es Proyectiva.

La investigación proyectiva consiste en la elaboración de un plan, un programa o para el caso específico una estrategia, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico, partiendo de un diagnóstico puntual sobre las necesidades de un grupo social es decir de los usuarios del servicio de salud ubicados en la ciudad de Bucaramanga, a fin de plantear las estrategias posibles para la conformación de RISS.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población para el tema de estudio es el grupo de usuarios del servicio de salud en el departamento de Santander que padecen la enfermedad de cáncer y la muestra objeto de análisis son las IPS habilitadas para prestar servicios oncológicos, junto con la determinación concreta de población a atender en la ciudad de Bucaramanga y el área metropolitana.

4.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información concerniente a la población que en el departamento de Santander padece la enfermedad de cáncer, discriminada por tipo de cáncer, género y grupo etario, la cual se obtendrá de la Secretaria de Salud del Departamento; el Instituto Nacional de Cancerología, INC, y la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer.

Respecto a la información de la oferta de servicios existente en Bucaramanga y su área metropolitana se obtendrá de la Secretaria de Salud del Departamento de Santander, así como del Ministerio de Salud y Protección Social, Registro Especial de Prestadores. Una vez se cuente con dicha información, procederemos a individualizar las IPS con servicios de oncología clínica y radioterapia habilitados, e indagar lo siguiente:

- Promedio de pacientes que atienden al año.
- Tipo de cáncer de su especialidad.
- Tipo de cáncer que se presenta más en sus consultas y tratamientos.
- Si cuentan con programas sociales de apoyo a pacientes de cáncer de escasos recursos, dirigidos igualmente a sus familias.
- Conocimiento sobre las RISS.
- Posibilidades de conformación de RISS con los demás prestadores.
- Cuáles serían los incentivos que motivarían la conformación de las RISS.

4.5 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

La información que pudo recolectarse de la población que padece la enfermedad de cáncer en el Departamento de Santander, por grupo etario, género y tipo de enfermedad, correspondientes a los años 2004 - 2005 y la tasa de mortalidad para el año 2009.

Con el objeto de determinar la población que demanda servicios, tomamos como referencia el último estudio adelantado por el Observatorio de Salud Pública de Santander, correspondiente al año 2005, derivado a su vez del Registro Individual

de la Prestación de Servicios de Salud, RIPS, del departamento, medido a partir de consultas, servicios de urgencias y hospitalización. Bajo el mismo esquema del estudio, reseña en primer lugar las neoplasias de consultas del departamento (Tabla 1), luego por género y edad, (Tabla 2 mujeres y Tabla 3 hombres); seguido a ello, continuamos con las neoplasias atendidas en el servicio de urgencias, discriminado por provincias, (Tabla 4), después se relaciona por género y edad (Mujeres Tabla 5 y hombres Tabla 6); posteriormente se plasma las neoplasias que devinieron en hospitalizaciones, del departamento, tabla 7, y por mujeres hospitalizadas, Tabla 8 y hombres hospitalizados, tabla 9.

Luego, del mismo estudio, se observa la incidencia del cáncer en la población de Bucaramanga y su área metropolitana, teniendo en cuenta que se concentra la mayor densidad demográfica del departamento. (Tabla 10).

Para terminar con la información respecto a la demanda y para observar igualmente la mortalidad en el departamento. Las tablas 11 y 12, muestran a 2009, conforme al estudio adelantado por el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, en el año 2010, la incidencia del cáncer en hombres y mujeres y la tabla 13 la mortalidad del departamento.

Tabla 1. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas en las Provincias de Santander, 2005¹⁹

Neoplasia	Carare - Opón			Comunero			García Rovira			Guanentá			Mares			Metropolitano			Soto Norte			Vélez			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumores benignos (Leiomioma del útero 37%, Tumores benignos lipomatosos 14%)	47	38,5	85,8	245	49,1	266,9	227	32,5	295,8	281	38,1	204,0	762	43,6	255,3	4.623	36,3	426,0	33	21,3	93,4	196	38,3	147,4	6.431	37,3	336,1
Tumor maligno de la mama	14	11,5	25,6	32	6,4	34,9	42	6,0	54,7	57	7,7	41,4	162	9,3	54,3	1.630	12,8	150,2	20	12,9	56,6	46	9,0	34,6	2.003	11,6	104,7
Tumores in situ (Carcinoma in situ de la piel 31%, Carcinoma in situ de la mama 15%, Carcinoma in situ del cuello del útero 15%)	9	7,4	16,4	38	7,6	41,4	67	9,6	87,3	64	8,7	46,5	151	8,6	50,6	990	7,8	91,2	11	7,1	31,1	60	11,7	45,1	1.391	8,1	72,7
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos (próstata 93%)	4	3,3	7,3	28	5,6	30,5	40	5,7	52,1	35	4,7	25,4	43	2,5	14,4	1.023	8,0	94,3	7	4,5	19,8	34	6,6	25,6	1.217	7,1	63,6
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (Linfoma no Hodgkin 40%, Leucemia 39%)	10	8,2	18,3	20	4,0	21,8	50	7,2	65,2	58	7,9	42,1	178	10,2	59,6	711	5,6	65,5	11	7,1	31,1	41	8,0	30,8	1.079	6,3	56,4
Tumores de comportamiento incierto o desconocido (otros sitios 33%, genitales femenino 11%, síndromes mielodisplásicos 11%)	1	0,8	1,8	29	5,8	31,6	25	3,6	32,6	31	4,2	22,5	92	5,3	30,8	722	5,7	66,5	15	9,7	42,4	15	2,9	11,3	936	5,4	48,9
Tumores malignos de los órganos digestivos (Tumor maligno del estómago 29%, Tumor maligno del colon 27%, Tumor maligno del recto 14%)	4	3,3	7,3	16	3,2	17,4	69	9,9	89,9	49	6,6	35,6	48	2,7	16,1	714	5,6	65,8	13	8,4	36,8	20	3,9	15,0	984	5,4	48,8
Melanomas y otros tumores malignos de la piel (otros tumores de piel 93%)	14	11,5	25,6	26	5,2	28,3	36	5,2	46,9	49	6,6	35,6	62	3,5	20,8	710	5,6	65,4	8	5,2	22,6	19	3,7	14,3	926	5,4	48,4
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (Tumor maligno del cuello del útero 61%, Tumor maligno del ovario 17%, Tumor maligno del cuerpo del útero 11%)	9	7,4	16,4	19	3,8	20,7	34	4,9	44,3	34	4,6	24,7	81	4,6	27,1	537	4,2	49,5	16	10,3	45,3	35	6,8	26,3	765	4,4	40,0
Tumores malignos de labio, cavidad oral y faringe (labio 20%, otras partes de la lengua 15%)	3	2,5	5,5	15	3,0	16,3	11	1,6	14,3	9	1,2	6,5	40	2,3	13,4	215	1,7	19,8	9	5,8	25,5	17	3,3	12,8	319	1,8	16,7
Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (encéfalo 62%)	3	2,5	5,5	15	3,0	16,3	14	2,0	18,2	9	1,2	6,5	33	1,9	11,1	194	1,5	17,9	6	3,9	17,0	7	1,4	5,3	286	1,7	14,9
Otros	4	3,3	7,3	16	3,2	17,4	83	11,9	108,2	62	8,4	45,0	95	5,4	31,8	670	5,3	61,7	6	3,9	17,0	22	4,3	16,5	964	5,6	50,4
Total de consultas por neoplasias	122	100,0	222,7	499	100,0	543,6	698	100,0	909,7	738	100,0	535,6	1.747	100,0	585,3	12.739	100,0	1.173,8	155	100,0	438,5	512	100,0	384,9	17.251	100,0	901,7
Total de consultas por cáncer	66	54,1	120,5	214	42,9	233,1	400	57,3	521,3	393	53,3	285,2	833	47,7	279,1	7.104	55,8	854,6	111	71,8	314,0	256	50,0	192,5	9.400	54,5	491,3

FA frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

¹⁹ Artículo “Análisis de la situación de las enfermedades neoplásicas en Santander”, publicado en Revista Observatorio de Salud Pública, 4-30, año II, Numero 03 de 2006. Santander, Colombia.

Tabla 2. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas atendidas a mujeres en Santander, 2005²⁰

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Leiomioma del útero	43	6,8	15,8	1.304	31,0	299,5	802	29,5	811,9	98	6,0	151,9	24	1,2	32,9	2.361	20,5	242,5
Tumor maligno de la mama	18	2,8	6,6	378	8,4	81,2	530	19,5	536,6	458	28,2	710,0	511	24,8	701,5	1.895	16,4	194,6
Otros tumores malignos de la piel	13	2,0	4,8	63	1,4	13,5	66	2,4	66,8	100	6,2	155,0	228	11,1	313,0	470	4,1	48,3
Tumor maligno del cuello del útero	2	0,3	0,7	127	2,8	27,3	130	4,8	131,6	118	7,3	182,9	90	4,4	123,5	467	4,1	48,0
Tumores benignos lipomatosos	41	6,4	15,1	222	4,9	47,7	86	3,2	87,1	51	3,1	79,1	62	3,0	85,1	462	4,0	47,4
Tumor benigno de la mama	6	0,9	2,2	189	4,2	40,6	53	2,0	53,7	29	1,8	45,0	11	0,5	15,1	288	2,5	29,6
Tumor benigno de la piel, sitio no especificado	25	3,9	9,2	134	3,0	28,8	47	1,7	47,6	24	1,5	37,2	34	1,7	46,7	264	2,3	27,1
Nevo melanocítico	15	2,4	5,5	144	3,2	30,9	44	1,6	44,5	17	1,0	26,4	34	1,7	46,7	254	2,2	26,1
Linfoma no Hodgkin	23	3,6	8,5	107	2,4	23,0	41	1,5	41,5	32	2,0	49,6	41	2,0	56,3	244	2,1	25,1
Carcinoma in situ de la piel	21	3,3	7,7	51	1,1	11,0	36	1,3	36,4	40	2,5	62,0	88	4,3	120,8	236	2,0	24,2
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados	11	1,7	4,0	112	2,5	24,1	44	1,6	44,5	26	1,6	40,3	32	1,6	43,9	225	2,0	23,1
Otras	419	65,8	154,0	1.575	35,0	338,4	836	30,8	846,4	629	38,8	975,1	903	43,9	1.239,6	4.362	37,8	448,0
Total consultas	637	100,0	234,1	4.496	100,0	965,9	2.715	100,0	2.748,6	1.622	100,0	2.514,5	2.058	100,0	2.825,1	11.528	100,0	1.184,0

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²⁰ Ibídem

Tabla 3. Neoplasias más frecuentes en el servicio de consultas atendidas a hombres en Santander, 2005²¹

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumor maligno de la próstata	4	0,7	1,4	34	2,5	7,6	56	8,5	61,6	194	19,6	333,2	846	39,9	1.427,8	1.134	19,8	120,7
Otros tumores malignos de la piel	16	2,7	5,6	52	3,8	11,7	46	7,0	50,6	106	10,7	182,1	170	8,0	286,9	390	6,8	41,5
Tumores benignos lipomatosos	52	8,9	18,1	210	15,4	47,2	55	8,3	60,5	34	3,4	58,4	32	1,5	54,0	383	6,7	40,8
Leucemia	88	15,1	30,7	61	4,5	13,7	20	3,0	22,0	21	2,1	36,1	31	1,5	52,3	221	3,9	23,5
Carcinoma in situ de la piel	11	1,9	3,8	27	2,0	6,1	21	3,2	23,1	44	4,5	75,6	90	4,2	151,9	193	3,4	20,5
Linfoma no Hodgkin	27	4,6	9,4	63	4,6	14,2	35	5,3	38,5	38	3,8	65,3	26	1,2	43,9	189	3,3	20,1
Tumor benigno de la piel, sitio no especificado	22	3,8	7,7	90	6,6	20,2	21	3,2	23,1	20	2,0	34,4	18	0,8	30,4	171	3,0	18,2
Tumor maligno del estómago	10	1,7	3,5	8	0,6	1,8	31	4,7	34,1	31	3,1	53,2	74	3,5	124,9	154	2,7	16,4
Carcinoma in situ de la próstata	2	0,3	0,7	18	1,3	4,0	20	3,0	22,0	16	1,6	27,5	87	4,1	146,8	143	2,5	15,2
Tumor maligno del colon	9	1,5	3,1	14	1,0	3,1	11	1,7	12,1	52	5,3	89,3	50	2,4	84,4	136	2,4	14,5
Nevo melanocítico	20	3,4	7,0	55	4,0	12,4	14	2,1	15,4	18	1,8	30,9	16	0,8	27,0	123	2,2	13,1
Otras	322	55,2	112,4	736	53,8	165,5	330	50,0	362,8	414	41,9	711,1	680	32,1	1.147,6	2.482	43,4	264,2
Total consultas	583	100,0	203,5	1.368	100,0	307,7	660	100,0	725,5	988	100,0	1.696,9	2.120	100,0	3.577,8	5.719	100,0	608,7

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²¹ Ibídem

Tabla 4. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias en las Provincias de Santander, 2005²²

Neoplasia	Carare - Opón			Comunero			García Rovira			Guanentá			Mares			Metropolitano			Vélez			Soto Norte			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumores benignos (Leiomioma del útero 28%, lipomatosos 12%, mama 10%)	1	20,0	1,8	2	50,0	2,2	2	11,8	2,6	0	0,0	0,0	6	15,4	2,0	54	19,4	5,0	2	9,1	5,7	1	33,3	0,8	68	17,6	3,6
Tumores malignos de los órganos digestivos (Tumor maligno del estómago 26%, Tumor maligno del colon 22%, Tumor maligno del páncreas 17%)	0	0,0	0,0	1	25,0	1,1	6	35,3	7,8	2	11,8	1,5	7	17,9	2,3	38	13,6	3,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	54	14,0	2,8
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos aóles (Leucemia 50%, Linfoma no Hodgkin 37%)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	11,8	1,5	7	17,9	2,3	29	10,4	2,7	2	9,1	5,7	0	0,0	0,0	40	10,4	2,1
Tumores malignos de la mama	0	0,0	0,0	1	25,0	1,1	3	17,6	3,9	0	0,0	0,0	4	10,3	1,3	27	9,7	2,5	1	4,5	2,8	0	0,0	0,0	36	9,3	1,9
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (cuello del útero 80%, cuerpo del útero 9%)	2	40,0	3,7	0	0,0	0,0	1	5,9	1,3	0	0,0	0,0	6	15,4	2,0	15	5,4	1,4	10	45,5	28,3	1	33,3	0,8	35	9,1	1,8
Melanomas y otros tumores malignos de la piel	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	5,9	1,3	4	23,5	2,9	3	7,7	1,0	15	5,4	1,4	1	4,5	2,8	0	0,0	0,0	24	6,2	1,3
Tumores in situ (cuello de útero 18%)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	5,9	1,3	0	0,0	0,0	1	2,6	0,3	19	6,8	1,8	1	4,5	2,8	0	0,0	0,0	22	5,7	1,1
Tumores de comportamiento incierto o desconocido (cavidad bucal y de los órganos digestivos 35%, encefalo 29%)	1	20,0	1,8	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	5,1	0,7	14	5,0	1,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	17	4,4	0,9
Tumores malignos del ojo, del encefalo y de otras partes del sistema nervioso central (encefalo 88%)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	17,6	3,9	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	12	4,3	1,1	0	0,0	0,0	1	33,3	0,8	16	4,1	0,8
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	15	5,4	1,4	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	15	3,9	0,8
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	17,6	2,2	1	2,6	0,3	8	2,9	0,7	2	9,1	5,7	0	0,0	0,0	14	3,6	0,7
Otras	1	20,0	1,8	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	6	35,3	4,4	2	5,1	0,7	33	11,8	3,0	3	13,6	8,5	0	0,0	0,0	45	11,7	2,4
Total de urgencias por neoplasias	5	100,0	9,1	4	100,0	4,4	17	100,0	22,2	17	100,0	12,3	39	100,0	13,1	279	100,0	25,7	22	100,0	62,2	3	100,0	2,3	386	100,0	20,2
Total de urgencias por cáncer	4	80,0	7,3	2	50,0	2,2	14	82,4	18,2	17	100,0	12,3	32	82,1	10,7	206	73,8	19,0	19	86,4	53,8	2	66,7	1,5	296	76,7	15,5

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²² Ibídem

Tabla 5. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias atendidas a mujeres en Santander, 2005²³

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumor maligno de la mama	1	4,3	0,4	11	14,5	2,4	6	11,3	6,1	12	26,1	18,6	6	11,5	8,2	36	14,4	3,7
Tumor maligno del cuello del útero	1	4,3	0,4	12	15,8	2,6	7	13,2	7,1	6	13,0	9,3	2	3,8	2,7	28	11,2	2,9
Leiomioma del útero	0	0,0	0,0	12	15,8	2,6	5	9,4	5,1	2	4,3	3,1	0	0,0	0,0	19	7,6	2,0
Otros tumores malignos de la piel	1	4,3	0,4	2	2,6	0,4	11	20,8	11,1	0	0,0	0,0	4	7,7	5,5	18	7,2	1,8
Linfoma no Hodgkin	1	4,3	0,4	1	1,3	0,2	2	3,8	2,0	0	0,0	0,0	6	11,5	8,2	10	4,0	1,0
Tumor maligno del estómago	0	0,0	0,0	2	2,6	0,4	4	7,5	4,0	0	0,0	0,0	3	5,8	4,1	9	3,6	0,9
Tumor maligno del colon	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	1,9	1,0	0	0,0	0,0	6	11,5	8,2	7	2,8	0,7
Tumor benigno de la mama	0	0,0	0,0	4	5,3	0,9	2	3,8	2,0	0	0,0	0,0	1	1,9	1,4	7	2,8	0,7
Tumor maligno de la glándula tiroides	0	0,0	0,0	2	2,6	0,4	1	1,9	1,0	0	0,0	0,0	3	5,8	4,1	6	2,4	0,6
Tumor maligno del encéfalo	0	0,0	0,0	2	2,6	0,4	0	0,0	0,0	2	4,3	3,1	2	3,8	2,7	6	2,4	0,6
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	4	17,4	1,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	2,2	1,6	1	1,9	1,4	6	2,4	0,6
Otras	15	65,2	5,5	28	36,8	6,0	14	26,4	14,2	23	50,0	35,7	18	34,6	24,7	98	39,2	10,1
Total urgencias	23	100,0	8,5	76	100,0	16,3	53	100,0	53,7	46	100,0	71,3	52	100,0	71,4	250	100,0	25,7

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²³ Ibídem

Tabla 6. Neoplasias más frecuentes en el servicio de urgencias atendidas a hombres en Santander, 2005²⁴

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumor maligno de la próstata	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	8,7	2,2	5	16,7	8,6	6	13,3	10,1	13	9,6	1,4
Leucemia	5	55,6	1,7	0	0,0	0,0	4	17,4	4,4	0	0,0	0,0	2	4,4	3,4	11	8,1	1,2
Tumor maligno del encéfalo	1	11,1	0,3	3	10,7	0,7	0	0,0	0,0	2	6,7	3,4	1	2,2	1,7	7	5,2	0,7
Tumor maligno de la laringe	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	4,3	1,1	4	13,3	6,9	1	2,2	1,7	6	4,4	0,6
Otros tumores malignos de la piel	0	0,0	0,0	1	3,6	0,2	0	0,0	0,0	2	6,7	3,4	3	6,7	5,1	6	4,4	0,6
Tumor maligno del colon	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	10,0	5,2	2	4,4	3,4	5	3,7	0,5
Tumor maligno del páncreas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	8,7	2,2	2	6,7	3,4	0	0,0	0,0	4	3,0	0,4
Tumor maligno de sitios no especificados	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	8,9	6,8	4	3,0	0,4
Tumor maligno de la glándula tiroides	0	0,0	0,0	2	7,1	0,4	1	4,3	1,1	1	3,3	1,7	0	0,0	0,0	4	3,0	0,4
Tumor maligno del estómago	0	0,0	0,0	2	7,1	0,4	2	8,7	2,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	3,0	0,4
Otras	3	33,3	1,0	20	71,4	4,5	11	47,8	12,1	11	36,7	18,9	26	57,8	43,9	71	52,6	7,6
Total urgencias	9	100,0	3,1	28	100,0	6,3	23	100,0	25,3	30	100,0	51,5	45	100,0	75,9	135	100,0	14,4

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²⁴ Ibídem

Tabla 7. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización en las Provincias de Santander, 2005²⁵

Neoplasia	Carare-Opón			Comunero			García Rovira			Guanentá			Mares			Metropolitano			Soto Norte			Vélez			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Tumores benignos (Leiomioma de útero 55%)	3	12,0	5,5	40	46,5	43,6	37	38,9	48,2	21	29,2	15,2	55	33,5	18,4	271	21,1	25,0	7	25,0	19,8	24	38,1	18,0	458	25,2	23,9
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (Leucemia 50%, Linfoma no Hodgkin 25%)	4	16,0	7,3	5	5,8	5,4	5	5,3	6,5	12	16,7	8,7	27	16,5	9,0	252	19,6	23,2	3	10,7	8,5	12	19,0	9,0	320	17,6	16,7
Tumores malignos de los órganos digestivos (Estómago 36%, colon 24%, páncreas 10%)	11	44,0	20,1	5	5,8	5,4	10	10,5	13,0	13	18,1	9,4	9	5,5	3,0	165	12,9	15,2	1	3,6	2,8	8	12,7	6,0	222	12,2	11,6
Tumores in situ (carcinoma in situ de mama 33%, piel 16%, cuello del útero 11%)	1	4,0	1,8	7	8,1	7,6	20	21,1	26,1	8	11,1	5,8	9	5,5	3,0	104	8,1	9,6	3	10,7	8,5	8	12,7	6,0	160	8,8	8,4
Tumores de comportamiento incierto o desconocido (órganos genitales femeninos 24%, cavidad bucal y órganos digestivos 17%, cerebro y sistema nervioso central 15%)	1	4,0	1,8	4	4,7	4,4	3	3,2	3,9	0	0,0	0,0	8	4,9	2,7	102	7,9	9,4	5	17,9	14,1	1	1,6	0,8	124	6,8	6,5
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (cuello del útero 43%, ovario 35%, cuerpo del útero 8%)	1	4,0	1,8	8	9,3	8,7	1	1,1	1,3	6	8,3	4,4	13	7,9	4,4	66	5,1	6,1	1	3,6	2,8	3	4,8	2,3	99	5,4	5,2
Tumor maligno de la mama	2	8,0	3,7	0,0	0,0	0,0	3	3,2	3,9	1	1,4	0,7	11	6,7	3,7	49	3,8	4,5	1	3,6	2,8	1	1,6	0,8	68	3,7	3,6
Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados (ganglios linfáticos, de otros sitios y órganos digestivos 19%)	0	0,0	0,0	1	1,2	1,1	5	5,3	6,5	1	1,4	0,7	2	1,2	0,7	40	3,1	3,7	1	3,6	2,8	3	4,8	2,3	53	2,9	2,8
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (bronquios y pulmón 68%)	0	0,0	0,0	2	2,3	2,2	0	0,0	0,0	1	1,4	0,7	3	1,8	1,0	47	3,7	4,3	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	53	2,9	2,8
Tumores malignos del ojo, del cerebro y de otras partes del sistema nervioso central (70% cerebro)	1	4,0	1,8	12	14,0	13,1	2	2,1	2,6	0	0,0	0,0	6	3,7	2,0	26	2,0	2,4	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	47	2,6	2,5
Tumores malignos de las glándulas endocrinas (96% tiroides)	0	0,0	0,0	1	1,2	1,1	1	1,1	1,3	4	5,6	2,9	2	1,2	0,7	36	2,8	3,3	1	3,6	2,8	0	0,0	0,0	45	2,5	2,4
Otras	1	4,0	1,8	1	1,2	1,1	8	8,4	10,4	5	6,9	3,6	19	11,6	6,4	126	9,8	11,6	5	17,9	14,1	3	4,8	2,3	168	9,2	8,8
Total hospitalización por neoplasias	25	100,0	45,6	66	100,0	93,7	95	100,0	123,8	72	100,0	52,3	164	100,0	54,9	1.284	100,0	118,3	28	100,0	79,2	63	100,0	47,4	1.817	100,0	95,0
Total hospitalización por cáncer	21	84,0	38,3	39	45,3	42,5	38	40,0	49,5	43	59,7	31,2	100	61,0	33,5	909	70,8	83,8	18	64,3	50,9	31	49,2	23,3	1.199	66,0	62,7

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²⁵ Ibídem

Tabla 8. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización atendidas a mujeres en Santander, 2005²⁶

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Leiomioma del útero	5	6,3	1,8	127	25,1	27,3	110	40,0	111,4	8	5,5	12,4	0	0,0	0,0	250	20,9	25,7
Leucemia	29	36,7	10,7	28	5,5	6,0	2	0,7	2,0	13	9,0	20,2	5	2,6	6,9	77	6,4	7,9
Tumor maligno de la mama	1	1,3	0,4	36	7,1	7,7	11	4,0	11,1	11	7,6	17,1	9	4,6	12,4	68	5,7	7,0
Linfoma no Hodgkin	13	16,5	4,8	31	6,1	6,7	17	6,2	17,2	1	0,7	1,6	3	1,5	4,1	65	5,4	6,7
Carcinoma in situ de la mama	0	0,0	0,0	41	8,1	8,8	6	2,2	6,1	5	3,4	7,8	0	0,0	0,0	52	4,3	5,3
Tumor maligno del cuello del útero	0	0,0	0,0	19	3,8	4,1	8	2,9	8,1	6	4,1	9,3	10	5,2	13,7	43	3,6	4,4
Tumor maligno de la glándula tiroides	1	1,3	0,4	10	2,0	2,1	7	2,5	7,1	15	10,3	23,3	5	2,6	6,9	38	3,2	3,9
Tumor maligno del ovario	0	0,0	0,0	13	2,6	2,8	12	4,4	12,1	4	2,8	6,2	6	3,1	8,2	35	2,9	3,6
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de los órganos genitales femeninos	0	0,0	0,0	18	3,6	3,9	6	2,2	6,1	2	1,4	3,1	4	2,1	5,5	30	2,5	3,1
Tumor maligno del estómago	0	0,0	0,0	2	0,4	0,4	3	1,1	3,0	7	4,8	10,9	16	8,2	22,0	28	2,3	2,9
Tumor benigno del ovario	0	0,0	0,0	21	4,2	4,5	2	0,7	2,0	3	2,1	4,7	2	1,0	2,7	28	2,3	2,9
Otras	30	38,0	11,0	159	31,5	34,2	91	33,1	92,1	70	48,3	108,5	134	69,1	183,9	485	40,5	49,8
Total de hospitalización	79	100,0	29,0	505	100,0	108,5	275	100,0	278,4	145	100,0	224,8	194	100,0	266,3	1.199	100,0	123,1

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²⁶ Ibídem

Tabla 9. Neoplasias más frecuentes en el servicio de hospitalización atendidas a hombres en Santander, 2005²⁷

Neoplasia	0 a 14			15 a 44			45 a 54			55 a 64			65 y más			Total		
	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA	No.	%	FA
Leucemia	43	63,2	15,0	41	28,5	9,2	7	6,4	7,7	4	4,0	6,9	6	3,0	10,1	101	16,3	10,7
Tumor maligno del estómago	0	0,0	0,0	11	7,6	2,5	11	10,0	12,1	5	5,1	8,6	26	13,2	43,9	53	8,6	5,6
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	8	7,3	8,8	21	21,2	36,1	4	2,0	6,8	33	5,3	3,5
Tumor maligno del colon	0	0,0	0,0	1	0,7	0,2	14	12,7	15,4	5	5,1	8,6	9	4,6	15,2	29	4,7	3,1
Tumor maligno de la próstata	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,9	1,1	9	9,1	15,5	13	6,6	21,9	23	3,7	2,4
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	3,6	4,4	4	4,0	6,9	11	5,6	18,6	19	3,1	2,0
Tumor maligno del encéfalo	2	2,9	0,7	5	3,5	1,1	3	2,7	3,3	1	1,0	1,7	7	3,6	11,8	18	2,9	1,9
Linfoma no Hodgkin	2	2,9	0,7	3	2,1	0,7	1	0,9	1,1	5	5,1	8,6	5	2,5	8,4	16	2,6	1,7
Tumor maligno del páncreas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	8	7,3	8,8		0,0	0,0	7	3,6	11,8	15	2,4	1,6
Tumor maligno del esófago	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	3,6	4,4	6	6,1	10,3	3	1,5	5,1	13	2,1	1,4
Otros tumores malignos de la piel	0	0,0	0,0	2	1,4	0,4	3	2,7	3,3	1	1,0	1,7	6	3,0	10,1	12	1,9	1,3
Otras	21	30,9	7,3	81	56,3	18,2	46	41,8	50,6	38	38,4	65,3	100	50,8	168,8	286	46,3	30,4
Total hospitalización	68	100,0	23,7	144	100,0	32,4	110	100,0	120,9	99	100,0	170,0	197	100,0	332,5	618	100,0	65,8

FA: frecuencia de atención por 100.000 habitantes.

²⁷ Ibídem

Tabla 10. Incidencia de cáncer en mujeres y hombres de Bucaramanga y su área metropolitana, 2000-2004²⁸

Sexo	Diagnóstico CIE-10	0-14 años		15-44 años		45-54 años		55-64 años		65 y más		Total	
		No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Hombres	Tumor maligno de la próstata	0	0,0	11	0,6	32	10,8	140	96,6	471	421	654	27,4
	Tumor maligno del estómago	0	0,0	27	2,1	41	18,2	65	47,7	152	159	285	11,9
	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas excepto melanoma	1	0,0	15		24		41		145		226	9,5
	Tumor maligno de sitios no especificados	1	0,0	16	1,2	10	2,9	35	21,8	49	53,1	111	4,7
	Tumor maligno del colon	0	0,0	10	0,6	16	6,5	28	17,6	51	48,5	105	4,4
	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	0	0,0	2	0,2	8	2,9	28	26,1	60	62,9	98	4,2
	Otros linfomas	11	1,2	25	2,1	13	5,9	16	12	36	31,2	101	4,2
	Tumor maligno de la vejiga urinaria	0	0,0	3	0,2	5	1,8	18	14,7	56	48,4	82	3,4
	Tumor maligno del encéfalo	13	1,2	35	3,2	6	2,5	8	8,3	18	16,1	80	3,3
	Leucemia linfóide	35	5,7	19	1,6	4	1,8	3	3,8	5	5,2	66	2,8
	Tumor maligno del esófago	0	0,0	1	0,1	5	2,1	13	10,8	40	36,8	59	2,5
	Total tumores malignos hombres	112	12,8	327	17,8	267	90,1	496	342,2	1.321	1.180,7	2.523	105,9
Mujeres	Tumor maligno de la mama	0	0,0	196	13,3	243	85,7	183	106	197	125,1	819	31,4
	Tumor maligno del cuello del útero	0	0,0	160	10,6	117	40,5	87	49,6	108	77,7	472	18,0
	Tumor maligno de la glándula tiroides	2	0,3	91	6,8	49	17	32	18,5	27	16,9	201	7,7
	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas excepto melanoma	2	0,3	11	0,8	21	7,5	21	12,9	140	100,7	195	7,6
	Tumor maligno del estómago	0	0,0	26	1,5	21	7,5	21	12,9	91	73,8	159	6,1
	Tumor maligno de sitios no especificados	0	0,0	23	1,9	26	10,3	33	19,4	62	42,7	144	5,5
	Tumor maligno del colon	0	0,0	22	1,7	23	9,6	16	9,2	54	34,9	115	4,4
	Tumor maligno del recto	0	0,0	17	0,8	22	8,1	24	15,8	38	24,5	101	3,8
	Tumor maligno del cuerpo del útero	0	0,0	14	0,6	21	7,5	31	17,5	34	20,4	100	3,8
	Tumor maligno del ovario	3	0,5	34	2,3	25	9,8	15	8,7	19	9,7	96	3,7
	Otros linfomas	10	1,2	18	1,1	9	3,2	13	7,6	38	24,5	88	3,4
	Total tumores malignos mujeres	70	8,2	775	52,6	688	242,6	621	359,7	1129	716,9	3.283	143,3

Tasas por 100.000 habitantes/año. Se excluyen 13 registros en mujeres y 8 en hombres con edad desconocida.

²⁸ Ibídem

Tabla 11. Incidencia de cáncer en mujeres, Santander, 2002 - 2006²⁹

Localización	Incidencia estimada		
	Casos anuales	Tasa cruda anual	TAE anual
Labios, cavidad oral y faringe	38	3,8	3,9
Esófago	19	1,9	2,0
Estómago	161	16,3	16,3
Colon, recto y ano	127	12,9	13,1
Hígado	36	3,6	3,7
Vesícula biliar	48	4,9	4,9
Páncreas	34	3,4	3,4
Laringe	7	0,7	0,7
Tráquea, bronquios y pulmón	87	8,8	9,0
Melanoma de la piel	51	5,2	5,3
Mama de la mujer	358	36,3	38,4
Cuello del útero	244	24,7	25,9
Cuerpo del útero	54	5,5	5,9
Ovario y otros anexos	82	8,3	8,7
Riñón	24	2,4	2,6
Vejiga	21	2,1	2,1
Encéfalo y otros del sistema nervioso central	49	5,0	5,0
Tiroides	164	16,6	18,0
Linfomas Hodgkin	15	1,5	1,5
Linfomas no Hodgkin	50	5,1	5,3
Leucemias	65	6,6	6,6
Otros sitios y los no especificados	167	16,9	17,1
Todos los cánceres excepto piel	1.901	192,6	199,3
TAE: tasa ajustada por edad			
Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC.			

²⁹ Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia. Marion Piñeros, Constanza Pardo Ramos, Oscar Gamboa Garay, Gustavo Hernández Suarez. Ministerio de la Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología E.S.E; Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá D.C. 2010.

Tabla 12. Incidencia de cáncer en hombres, Santander, 2002-2006³⁰

Localización	Incidencia estimada		
	Casos anuales	Tasa cruda anual	TAE anual
Labios, cavidad oral y faringe	59	6,1	7,1
Esófago	48	5,0	5,8
Estómago	245	25,5	29,8
Colon, recto y ano	108	11,2	13,0
Hígado	30	3,1	3,6
Vesícula biliar	28	2,9	3,3
Páncreas	26	2,7	3,2
Laringe	48	5,0	6,1
Tráquea, bronquios y pulmón	125	13,0	15,3
Melanoma de la piel	21	2,2	2,6
Próstata	390	40,6	47,5
Testículo	23	2,4	2,3
Riñón	22	2,3	2,7
Vejiga	45	4,7	5,4
Encéfalo y otros del sistema nervioso central	55	5,7	6,0
Tiroides	12	1,2	1,3
Linfomas Hodgkin	45	4,7	4,7
Linfomas no Hodgkin	87	9,1	10,1
Leucemias	78	8,1	8,5
Otros sitios y los no especificados	212	22,1	24,7
Todos los cánceres excepto piel	1.707	177,6	203,1

TAE: tasa ajustada por edad

Fuente: Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC.

³⁰ Ibídem

Tabla 13. Mortalidad por Cáncer, Santander, 2005-2009³¹

Departamento de residencia	Sexo	Once primeras causas de mortalidad por cáncer	Mortalidad por grupos trazadores (en años)									
			0 a 14		15 a 44		45 a 54		55 a 64		65 y más	
			Muertes	TE por 100.000	Muertes	TE por 100.000	Muertes	TE por 100.000	Muertes	TE por 100.000	Muertes	TE por 100.000
Santander	Hombres	Tumor maligno de esófago	0	0,0	3	0,1	11	2,2	26	8,2	135	43,4
		Tumor maligno de estómago	0	0,0	37	1,6	77	15,5	125	39,4	451	144,9
		Tumor maligno de colon, recto y ano	0	0,0	24	1,0	31	6,3	53	16,7	164	52,7
		Tumor maligno de hígado	1	0,1	16	0,7	20	4,0	44	13,9	129	41,4
		Tumor maligno de páncreas	0	0,0	4	0,2	26	5,3	21	6,6	56	18,0
		Tumor maligno de laringe	0	0,0	4	0,2	4	0,8	18	5,7	38	12,2
		Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	0	0,0	16	0,7	45	9,1	119	37,5	296	95,1
		Tumor maligno de próstata	0	0,0	4	0,2	10	2,0	38	12,0	463	148,8
		Tumor maligno de encéfalo y otros de SNC	16	1,1	42	1,8	20	4,0	30	9,5	56	18,0
		Linfomas no Hodgkin	8	0,6	31	1,3	21	4,2	29	9,1	51	16,4
		Leucemias	37	2,6	63	2,7	23	4,6	28	8,8	73	23,5
		Resto de cánceres	14	1,0	97	4,2	96	19,4	151	47,7	487	156,5
		Todos los cánceres	76	5,3	341	14,7	384	77,5	682	215,1	2.399	770,7
	Mujeres	Tumor maligno de estómago	0	0,0	34	1,4	51	9,4	85	24,0	325	82,6
		Tumor maligno de colon, recto y ano	0	0,0	26	1,1	42	7,8	56	15,8	181	46,0
		Tumor maligno de hígado	0	0,0	5	0,2	18	3,3	32	9,1	139	35,3
		Tumor maligno de vesícula biliar	0	0,0	2	0,1	9	1,7	34	9,6	79	20,1
		Tumor maligno de páncreas	0	0,0	4	0,2	13	2,4	14	4,0	100	25,4
		Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2	0,2	12	0,5	29	5,4	68	19,2	200	50,8
		Tumor maligno de mama de la mujer	0	0,0	100	4,3	95	17,6	117	33,1	166	42,2
		Tumor maligno del cuello del útero	0	0,0	80	3,4	95	17,5	82	23,2	139	35,3
		Tumor maligno de ovario y otros anexos	1	0,1	19	0,8	27	5,0	36	10,2	65	16,5
		Tumor maligno de encéfalo y otros de SNC	11	0,8	39	1,7	12	2,2	23	6,5	56	14,2
		Leucemias	26	1,9	53	2,3	22	4,1	24	6,8	47	12,0
		Resto de cánceres	14	1,0	81	3,4	77	14,2	151	42,8	549	139,5
		Todos los cánceres	54	3,9	458	19,3	490	90,5	722	204,3	2.046	520,0

TE: Tasa específica
Fuente: Bases de datos, Dane
Grupo de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer, INC

³¹ Ibídem

Ahora bien, una vez se ha identificado la demanda, es preciso determinar la oferta existente en Bucaramanga y el área metropolitana de IPS que prestan servicios de oncología y radioterapia, para con ello seleccionar aquellas que manifiesten un serio interés en participar en una RISS que de integralidad y continuidad en los tratamientos a los pacientes de cáncer del departamento de Santander.

Para ello se ha revisado el Registro Especial de Prestadores, donde se evidencia que IPS han declarado ante la Secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social los servicios de oncología clínica y radioterapia, y por ende han sido habilitados, es decir, cuentan con autorización legal de prestarlos. Las IPS que cumple con ese requisito son:

➤ **En Bucaramanga**

Oncología Clínica

- **Clínica Materno Infantil San Luis S.A.**, ubicada en la Calle 48 No. 25 – 56, de naturaleza privada, con código de habilitación No. 6800100431. Presta servicios ambulatorios y hospitalarios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Sergio Eduardo Prada Marín.
- **Hospital Universitario de Santander, Empresa Social Del Estado, ESE.**, ubicado en la Carrera 33 No. 28-126, de naturaleza pública, con código de habilitación No. 6800100792. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Germán Jesús Gómez Lizarazo.
- **Centro Oncológico Ltda.**, ubicado en la Carrera 31 No. 53-19, de naturaleza privada, con código de habilitación No. 6800100491. Presta servicios ambulatorios y hospitalarios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Samir BaronAislant.

- **Master Cáncer**, ubicado en la Avd. González Valencia No. 55B – 07, de naturaleza privada y código de habilitación No. 6800101367. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada por el Dr. Tomas Carlos Duran Gómez.
- **Salud Vivir IPS Ltda.**, ubicada en la Carrera 36 No. 54-50, de naturaleza privada, con código de habilitación No. 6800102370. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Edison Colmenares Lucena.
- **Clínica SaludCoop Bucaramanga**, ubicada en la Calle 63 No. 28-35. Esta IPS solo se trae a colación pues tiene el servicios habilitado, sin embargo no se tendrá encuentra para el objeto del estudio toda vez que hace parte de la integración vertical de SaludCoop EPS y solo atiende a usuarios afiliados a esta EPS.
- **Unidad de Hematología y Oncología de Santander, UNIDHOS.**, ubicada en la Carrera 36 No. 48-98, de naturaleza privada y código de habilitación No. 6800103730. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por la Dra. Erika Patricia Yepes Bru.
- **Insuasty Oncología e Investigaciones S.A.S.**, ubicada en la Calle 54 No. 33-45 oficina 1105, de naturaleza privada y código de habilitación No. 6800103961. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por la Dra. Carmen Elisa Bastidas Ordoñez.

Radioterapia

- **Hospital Universitario de Santander, Empresa Social Del Estado, ESE.**, ubicado en la Carrera 33 No. 28-126, de naturaleza pública, con código de habilitación No. 6800100792. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Germán Jesús Gómez Lizarazo.

➤ **Floridablanca**

Oncología Clínica

- **Fundación Oftalmológica de Santander, FOSCAL;** ubicada en la Urbanización el Bosque Autopista Floridablanca, fundación sin ánimo de lucro, privada, con código de habilitación No. 6827601666. Presta servicios ambulatorios y hospitalarios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Jorge Ricardo León Franco.

Radioterapia

- **Fundación Oftalmológica de Santander, FOSCAL;** ubicada en la Urbanización el Bosque Autopista Floridablanca, fundación sin ánimo de lucro, privada, con código de habilitación No. 6827601666. Presta servicios ambulatorios y hospitalarios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Jorge Ricardo León Franco.
- **Cal Oncológicos,** ubicado en la Carrera 24 No. 154-106, Torre A Modulo 1 piso, de naturaleza privada y código de habilitación No. 6800101367. Presta servicios ambulatorios. Se encuentra representada legalmente por el Dr. Tomas Carlos Duran Gómez.
- **Centro Especializado de Oncología y Radioterapia Ltda., CEOR Ltda.,** ubicado en la Carrera 24 No. 154-106, Piso 5 Torre A Modulo 21, Consultorio 511, de naturaleza privada, con código de habilitación No. 6827603501. Presta servicios ambulatorios y se encuentra representada legalmente por la Dra. María Inmaculada Manzano Roda.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

Reunidos los datos descritos en el acápite 4.5, podemos señalar que la enfermedad objeto de estudio tiene una alta incidencia en el departamento de Santander, aumentándose cada vez la tasa de mortalidad por la falta de aplicación de políticas públicas encaminadas a la prevención y tratamiento integral del padecimiento.

Inicialmente, debemos indicar que Santander es un departamento con aproximadamente 2'500.000 habitantes, distribuidos en seis provincias denominadas Área Metropolitana centrada en Bucaramanga; Comuneros en El Socorro; García Rovira en Málaga; Guanentá en San Gil, Mares en Barrancabermeja; Soto Norte en Matanza y Vélez en Vélez, con una superficie de 30.537 Km².

Se pudo determinar que la incidencia³² por cada 100.000 habitantes en el Departamento, para cáncer en todas las localizaciones fue de 198.9 en hombres y 189.4 en mujeres; con mayor incidencia en hombres de cáncer de próstata, seguido por cáncer de estómago, pulmón, leucemias y de cavidad oral. En el caso de las mujeres la mayor incidencia se presenta en cáncer de mama, seguido por cuello uterino, estómago y colon/recto.

De acuerdo a la información recogida por el Instituto Nacional de Cancerología, anualmente se presentan aproximadamente 3.600 casos de cáncer en Santander, donde el 47% se presenta en mujeres y el 53% en hombres.

Igualmente, la mortalidad anual presentada por 100.000 habitantes, corresponde a 129 casos en hombres y 103.9 en mujeres; teniendo que en los hombres la localización que presenta más causas de muerte es en el estómago, seguido por

³² Cifras tomadas del Observatorio de Salud Pública de Santander.

próstata, pulmón e hígado; en las mujeres el tipo de cáncer según localización que mas fallecimiento causa es de cuello uterino, seguido por estómago, mama y colon/recto.

Respecto a la oferta de servicios, encontramos que en Bucaramanga y el Área Metropolitana, se cuenta con 15 IPS con servicios habilitados para atender a pacientes de cáncer para todo el departamento, donde 8 prestan el servicio de oncología clínica y 1 de radioterapia en Bucaramanga, y 4 IPS en Floridablanca, donde 3 prestan servicios de radioterapia y 1 de oncología.

Como se puede observar, la demanda de servicios de salud para la atención de cáncer, desde lo ambulatorio hasta lo hospitalario, mantiene un crecimiento poblacional importante, teniendo en cuenta que en Santander hay 87 municipios y solo Bucaramanga y su área metropolitana cuenta con la capacidad, medianamente, para responder, con un alto índice de fragmentación, a los requerimiento en salud de los pacientes de cáncer.

Ahora bien, por información obtenida de las IPS con servicios habilitados, se pudo determinar que en promedio atienden entre 5.000 y 6.000 pacientes con cáncer al año, con mayor incidencia en cáncer de mama, próstata y estomago. De igual forma se constató que existe un alto grado de desconocimiento sobre las RISS, aunado a la falta de reglamentación del tema, lo cual impediría su conformación, sin embargo todas coinciden en afirmar que articularían una red con otros prestadores si traen beneficios reales para los pacientes y les permitiera sostenibilidad financiera. Por otro lado, se observó un programa social germinado en una IPS de apoyo a los pacientes de cáncer de escasos recursos y sus familias, denominado “Amigos Centro de Cáncer”.

Una vez plasmados los resultados, como posibles alternativas al problema planteado y objeto de nuestro estudio, podemos llegar a las siguientes estrategias para conformas RISS, iniciando desde la enfermedad y el paciente hasta llegar a

la integralidad de la prestación del servicio propiamente dicha, de acuerdo a las bases sentadas por la Ley 1438 de 2011.

Información

Como hemos dicho, se debe partir del conocimiento de la población que padece cáncer en Santander, generando datos actualizados al último año, es decir, 2011, junto con un estudio epidemiológico por provincias, identificando localizaciones de la enfermedad más comunes, grupos de sexo y edad de mayor incidencia.

Para lograr este cometido, es necesario que la Secretaria de Salud de Santander, junto con las IPS del departamento y en asocio con las secretarías de salud municipales y las EAPB que actúen en todo el territorio, identifiquen la población que padece cáncer, para con esa información, acompañados por el DANE, inicien un censo que permita identificar particularidades en alimentación, condiciones de vivienda, geográficas y de medio ambiente, antecedentes familiares de padecimiento de cáncer, en general hábitos que de una u otra forma inciden en el perfil epidemiológico.

A partir de esta información, no solo se plantearían estrategias para conformación de RISS, sino que daría lugar a implementar una cultura de hábitos saludables enfocada a la prevención de la enfermedad, disminuyendo en el mediano plazo la incidencia del cáncer y la mortalidad en el departamento.

Oferta de Servicios

Como se dijo en párrafos anteriores, en Bucaramanga y el Área Metropolitana, se cuenta con 15 IPS con oferta de servicios para el paciente oncológico del departamento, en distintos niveles de complejidad, sin embargo por la misma fragmentación el cliente final no cuenta con la garantía de una atención integral, por ello frente a este punto, es relevante contar con el compromiso real de las IPS

respectivas en cuanto a la voluntad de conformar una RISS y que se habiliten más servicios en la especialidad oncológica.

Para lograrlo, es necesario, inicialmente, sensibilizar a todos los actores del SGSSS del departamento y con cifras demostrar la gran incidencia del cáncer dentro de nuestra población. De igual forma, el ente territorial en cabeza del Gobernador debe liderar programas sociales con apoyo del sector privado que incentiven a las IPS brindar atención integral y continúa a personas de escasos recursos que padezcan la enfermedad. Posteriormente deben darse los mecanismos para que se habiliten nuevos servicios con base en información fidedigna (ítem anterior), y así aumentar la oferta conforme a las necesidades en salud de los santandereanos.

Modelo de Atención Primaria en Salud

Teniendo en cuenta que la Atención Primaria en Salud es una estrategia que involucra no solo a los distintos actores del SGSSS, sino a todos los estamentos de la sociedad, con el objetivo de mejorar la calidad material y las condiciones en salud de la población, por medio de promoción y prevención de la enfermedad, la enseñanza de hábitos saludables y la garantía de la atención y rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.

En razón de este punto concreto deben volcarse todos los esfuerzos del gobierno local, aunados a las políticas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social que permitan la implementación en el departamento un modelo de atención primario en salud enfocado en los pacientes diagnosticados o con riesgo de padecer cáncer.

Con el compromiso de las IPS y del gobierno departamental, pueden distribuirse funciones entre los mismos prestadores, en donde todos puedan tener un equilibrio financiero, asignándose desde la promoción y prevención hasta la

hospitalización, radioterapia, quimioterapia, etc., enfocándose en determinar factores de riesgos por medio de las condiciones de salud (deben conocerse con anterioridad), que den lugar a un cuadro epidemiológico, del cual surgiría una política seria de tratamiento de la enfermedad y de prevención de la misma.

Talento Humano en Salud

Debido a la complejidad que involucra la atención del paciente oncológico, es vital contar con profesionales idóneos que puedan brindar servicios en toda la red; formar un grupo interdisciplinario que involucre tanto la parte asistencial como la administrativa. El equipo debe contar con médicos especialistas en medicina interna, hemato oncólogos, radiólogos, cirujanos de cabeza, cuello y tórax, anestesiólogo especialista en dolor y cuidado paliativo, médico general, trabajadora social y psicóloga clínica especialista en manejo paliativo del paciente. Desde la parte administrativa igualmente es preciso disponer del talento humano que pueda acompañar y gestionar todo lo concerniente al sistema de referencia y contrareferencia, autorizaciones, etc.

Para la formación del equipo interdisciplinario requerido para una RISS, las IPS, como estrategia, deben aprovechar la oferta académica de Bucaramanga y el Área Metropolitana e incentivar la celebración de convenios docencia servicio para la formación de especialistas y el talento humano necesario. De igual forma, atraer profesionales de otros lugares geográficos mediante salarios competitivos, estabilidad y pagos oportunos.

En este tipo de procesos es indispensable contar con el apoyo de la academia, pues es un hecho notorio la escasez de profesionales especialistas en el área médica; de igual forma hasta tanto no existan posiciones claras por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que incentiven al personal asistencial para que continúen estudios de postgrado y defina las políticas necesarias para que las

universidades den una amplia oferta académica, asignando numero de cupos de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de la población.

Mecanismos de Referencia y Contrareferencia

Este aspecto es de suma importancia para la operación de la RISS, como respuesta oportuna a las necesidades de salud de los pacientes oncológicos y brindar una atención integral a los mismos en los diferentes niveles de complejidad, mural y extramural. Para ello, la RISS debe estar conectada tecnológicamente con el Centro Regulador de Urgencias del ente territorial, así como dentro de las IPS que conforman la red, suministrando la información diaria respecto a la disponibilidad de servicios y en donde puede atenderse el paciente de acuerdo al servicio médico y clínico requerido.

Para hacer una realidad el mecanismo, es pertinente contar con la plataforma tecnológica y el apoyo idóneo, que permita aprovechar las herramientas en telecomunicaciones que den respuesta oportuna, no con base en trámites administrativos y la existencia de convenios, sino a la disponibilidad real del servicio en pro del paciente. Así mismo, en este punto se contempla, para efectos operacionales, la gestión que pueda adelantarse para disponer de una red de transporte, que incluya el Transporte Básico Asistencial y Medicalizado aéreo y terrestre que acerca a la población geográficamente dispersa del departamento y su área de influencia.

Financiamiento y Seguimiento a Resultados

El financiamiento tiene que darse con la misma venta de servicios a las EAPB, bajo ciertas condiciones que den la liquidez necesaria a la RISS para desarrollar toda la operación, de igual forma, se aconsejaría que las IPS en red conformen un fondo de ayuda en común que permita atender las obligaciones ante proveedores y trabajadores, lo cual garantiza la continuidad en la atención del usuario. Por otro

lado, en asocio con la academia, optar por financiamiento por medio de centros de investigación para el cáncer.

En cuanto al seguimiento a resultados, es necesario realizar auditorías externas por lo menos una vez al año, así como contar con el acompañamiento inicial de los entes de control, por ejemplo, la Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto de que el modelo de atención sea exitoso.

Cumplimiento de Estándares de Habilitación

Cada IPS que conforme la RISS, como exigencia legal, habilitará el servicio para atender al paciente oncológico de conformidad a su nivel de complejidad y a los acuerdos que se lleguen por parte de la Instituciones en la distribución de competencias y funciones dentro de la RISS, adoptando como meta común la mejora continua, la atención centrada en el usuario y su familia y la consecución de la acreditación en salud.

Posibilidad de una RISS, a su vez, integrada con el Instituto Nacional de Cancerología, INC

Teniendo en cuenta que el INC es una Empresa Social del Estado que “trabaja por el control integral del cáncer a través del cuidado de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública”; puede abrirse la posibilidad y sería una excelente estrategia, contar con toda la experiencia para, no solo conformar la RISS en Santander, sino además articularla con el Instituto y sus políticas de prevención, detección temprana, atención y tratamiento paliativo, con una finalidad clara de reducir la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES

El Sistema de Salud Colombiano se caracteriza por la fragmentación, el difícil acceso y oportunidad en los servicios de alta complejidad y la baja cobertura e inversión en promoción y prevención de la enfermedad.

La tendencia de los modelos de salud se encamina a la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud, sin embargo no existe en Colombia una reglamentación clara sobre el tema, lo cual no ha permitido que se den las herramientas para que se avance en el tema y se llegue a una implementación real y efectiva.

El gobierno nacional y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud no han avanzado en la reglamentación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

En el departamento de Santander existe una alta incidencia de cáncer, con índices elevados de mortalidad.

La oferta de servicios de salud para los pacientes que padecen Cáncer en el departamento de Santander, se encuentra concentrada en los municipios de Bucaramanga y Floridablanca.

Los pacientes que padecen cáncer, dependiendo al régimen de salud y a la EPS o EAPB que pertenezcan, encuentran un alto grado de fragmentación en la atención e interrupción en los tratamientos por razones administrativas.

En el departamento de Santander no se cuenta con una IPS que pueda atender en todos los niveles de complejidad a los pacientes que padecen cáncer.

Una solución real a la población que padece la enfermedad del cáncer para que sean atendidos oportunamente, sin barreras de acceso y de manera integral, es la conformación de una Red Integrada de Servicios de Salud especializada en el tratamiento de esta enfermedad.

Se evidencia por parte de la mayoría de las IPS habilitadas para prestar servicios de oncología y radioterapia de Bucaramanga y el Área Metropolitana intención de conformar Redes Integradas de Servicios de Salud, pero al mismo tiempo desconocen los alcances de las mismas, debido a los vacíos legales y la poca divulgación del tema.

BIBLIOGRAFÍA

ARBOLEDA, Juan Carlos. Redes Integradas de Servicios de Salud: Antídoto contra la fragmentación”. En: Periódico el Pulso, Medellín, Antioquia, 151, Marzo, 2011.

ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA. Marion Piñeros, Constanza Pardo Ramos, Oscar Gamboa Garay, Gustavo Hernández Suarez. Ministerio de la Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología E.S.E; Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá D.C. 2010.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones, Bogotá D.C., Diciembre 23 de 1993.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hace algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., Enero 9 de 2007.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1384 de 2010, “Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, Bogotá D.C., Abril 19 de 2010.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1388, “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, Bogotá D.C., Mayo 21 de 2010.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., Enero 19 de 2011.

GONZÁLEZ CORTÉS, Juan Carlos. “Reforma al Sistema de Salud”, Primera Edición, Legis Editores, Bogotá D.C., Colombia, 2011. p. 548

HOLDER, Reynaldo. “Redes Integradas de Servicios de Salud. Retos para su implementación”, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington D.C., EE.UU, 2010. p. 25.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”, Bogotá, Agosto 14 de 2008.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., diciembre 7 de 2007.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por el cual se reglamenta la Estrategia de Atención Primaria en Salud, en componente de servicios de salud mediante las herramientas de las Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud”. Proyecto de Decreto, Bogotá D.C., 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por la cual se establece el Sistema de Información para el Control de la Atención de Cáncer Infantil”. Proyecto de Resolución, Bogotá D.C., 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por la cual se organiza la Red Integrada de Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención de Cáncer Infantil. Proyecto de Resolución, Bogotá D.C., 2012.

MONSALVE ARENAS, Gerardo. “El derecho colombiano de la seguridad social”, Tercera Edición, Legis Editores, Bogotá D.C., Colombia, 2011. p. 467-634.

OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER, “Análisis de la situación de las enfermedades neoplásicas en Santander”, En: Revista Observatorio de Salud Pública, 4-30, año II, Numero 03 de 2006. Santander.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Modelos Asistenciales. Atención de salud centrada en las personas”, Washington D.C., EE.UU, 2010. p. 17.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular Única 047 de 2007, “Instrucciones generales y remisión de información para la Inspección, Vigilancia y Control”, Bogotá D.C., Noviembre 30 de 2007.

No.	VARIABLES	DESCRIPCION DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
2	TÍTULO DEL PROYECTO	Estrategias para conformar redes integradas de servicios de salud entre instituciones prestadoras de servicio de salud, IPS, en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana para la atención del cáncer en departamento de Santander
3	AUTOR(es)	<ul style="list-style-type: none"> • VILLARREAL HIGUERA CARMEN INES • GONZALEZ DIAZ DANIEL • ALVAREZ RUEDA JOAN MANOEL
4	AÑO Y MES	2012, AGOSTO
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	GOMEZ AHUMADA HECTOR DARIO
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	<p>Dilucidar las dudas e identificar los vacíos respecto a las estrategias para conformar redes integradas de servicios de salud entre Instituciones de Servicios de Salud.</p> <p>Bosquejo de la situación de salud de los pacientes oncológicos en el departamento de Santander, teniendo en cuenta ubicación geográfica, incidencia por tipo de cáncer y mortalidad, con el objeto de plantear las estrategias que permitan, así sea de manera general ante el silencio normativo, conformar Redes Integradas de Servicios de Salud con un alto grado de compromiso social</p> <p>Clarify doubts and identify gaps with regard to strategies for shaping integrated networks of health services among healthcare institutions.</p> <p>Outline of the health status of cancer patients in the Department of Santander, taking into account geographic location, type of cancer and mortality incidence, in order to consider strategies that permit, so in general to the normative silence, form integrated health services with a high degree of commitment to social networks</p>
7	PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES	Calidad en salud, redes integradas de servicios de salud (RISS), tratamiento del cáncer, fragmentación, barreras de acceso, habilitación, talento humano en salud, intermediación.
8	SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Sistema de Seguridad Social en Salud
9	TIPO DE INVESTIGACIÓN	Proyectiva
10	OBJETIVO GENERAL	Diseñar las estrategias que promuevan la creación de la red integrada de servicios de salud entre IPS de la

		ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana que se comprometan a dar una atención integral al enfermo de cáncer del departamento de Santander.
11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la demanda existente de servicios de salud de pacientes oncológicos en el Departamento de Santander. • Identificar cuáles son los tipos de cáncer que más se presentan en el Departamento de Santander. • Identificar la oferta existente de servicios de salud más relevante en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, de tercer nivel de atención, para los pacientes de cáncer de todo el Departamento de Santander. • Estructurar un sistema de información para que las IPS puedan acceder a los mecanismos de conformación de RISS, con un enfoque principal en la atención de los pacientes que padecen la enfermedad del cáncer u oncológicos.
12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones, Bogotá D.C., Diciembre 23 de 1993.</p> <p>CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hace algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., Enero 9 de 2007.</p> <p>CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1384 de 2010, “Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, Bogotá D.C., Abril 19 de 2010.</p> <p>CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1388, “Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, Bogotá D.C., Mayo 21 de 2010.</p> <p>CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., Enero 19 de 2011.</p> <p>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular Única 047 de 2007, “Instrucciones generales y remisión de información para la Inspección, Vigilancia y Control”, Bogotá D.C., Noviembre 30 de 2007.</p>

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”, Bogotá D.C., diciembre 7 de 2007.</p> <p>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”, Bogotá, Agosto 14 de 2008.</p> <p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por la cual se organiza la Red Integrada de Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención de Cáncer Infantil. Proyecto de Resolución, Bogotá D.C., 2012.</p> <p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por la cual se establece el Sistema de Información para el Control de la Atención de Cáncer Infantil”. Proyecto de Resolución, Bogotá D.C., 2012.</p> <p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. “Por el cual se reglamenta la Estrategia de Atención Primaria en Salud, en componente de servicios de salud mediante las herramientas de las Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud”. Proyecto de Decreto, Bogotá D.C., 2012</p> <p>MONSALVE ARENAS, Gerardo. “El derecho colombiano de la seguridad social”, Tercera Edición, Legis Editores, Bogotá D.C., Colombia, 2011. p. 467-634.</p> <p>GONZALEZ CORTES, Juan Carlos. “Reforma al Sistema de Salud”, Primera Edición, Legis Editores, Bogotá D.C., Colombia, 2011. p. 548</p> <p>HOLDER, Reynaldo. “Redes Integradas de Servicios de Salud. Retos para su implementación”, Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington D.C., EE.UU, 2010. p. 25.</p> <p>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Modelos Asistenciales. Atención de salud centrada en las personas”, Washington D.C., EE.UU, 2010. p. 17.</p>
--	---

		<p>ARBOLEDA, Juan Carlos. Redes Integradas de Servicios de Salud: Antídoto contra la fragmentación”. En: Periódico el Pulso, Medellín, Antioquia, 151, Marzo, 2011.</p> <p>ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA. Marion Piñeros, Constanza Pardo Ramos, Oscar Gamboa Garay, Gustavo Hernández Suarez. Ministerio de la Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología E.S.E; Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá D.C. 2010.</p> <p>OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER, “Análisis de la situación de las enfermedades neoplásicas en Santander”, En: Revista Observatorio de Salud Pública, 4-30, año II, Numero 03 de 2006. Santander.</p>
13	RESUMEN O CONTENIDO	<p>Dentro de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, nos encontramos con la universalidad, la equidad, el enfoque diferencial, sostenibilidad y la continuidad, tendientes a garantizar el acceso a servicios de calidad, altamente especializados y humanizados acorde a las condiciones de salud de la población, procurando la racionalización de los recursos.</p> <p>Debido a que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad y promover la prosperidad general, así como garantizar el goce de los derechos, entre los cuales la atención en salud, regida, además de otros, por los principios descritos en el párrafo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, juegan un rol importante, sino el más significativo, pues es a través de estas que materialmente se desenvuelve el derecho constitucional a la salud y el acceso a los servicios.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, cobra especial significación la posibilidad de que las IPS dentro de un espacio geográfico determinado, puedan aunar esfuerzos para prestar servicios más eficientes, dar más cobertura de especialidades, brindar acceso a niveles de servicios de alta complejidad, optimizar y automatizarlas herramientas y recursos, generar rentabilidad, lograr economías de escala y aminorar barreras en el flujo adecuado de los dineros del sistema, a través de unificación de bases de datos, capacitaciones, apoyo logístico y legal, y demás actividades conexas.</p> <p>Es por ello que abordamos el presente estudio enfocado a la atención de una enfermedad, catalogada dentro del mismo sistema de ruinoso o catastrófica, desde una perspectiva de RISS, en procura de garantizar los servicios requeridos sin solución de continuidad a una población que cualquier barrera de acceso trae como consecuencia, literalmente, una disminución significativa en las expectativas de mejora</p>

		o aún de vida.
14	METODOLOGÍA	<p>La población para el tema de estudio es el grupo de usuarios del servicio de salud en el departamento de Santander que padecen la enfermedad de cáncer y la muestra objeto de análisis son las IPS habilitadas para prestar servicios oncológicos, junto con la determinación concreta de población a atender en la ciudad de Bucaramanga y el área metropolitana.</p> <p>Para el efecto se recopiló la información sobre el número de personas que padecen cáncer, por género y grupo etario en el departamento de Santander y se adelantaron actividades tendientes para la recopilación de la información existente sobre la oferta de servicios oncológicos, tales como envío de derechos de petición e investigación directa con el personal.</p>
15	CONCLUSIONES	<ul style="list-style-type: none"> • El Sistema de Salud Colombiano se caracteriza por la fragmentación, el difícil acceso y oportunidad en los servicios de alta complejidad y la baja cobertura e inversión en promoción y prevención de la enfermedad. • La tendencia de los modelos de salud se encamina a la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud, sin embargo no existe en Colombia una reglamentación clara sobre el tema, lo cual no ha permitido que se den las herramientas para que se avance en el tema y se llegue a una implementación real y efectiva. • El gobierno nacional y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud no han avanzado en el tema de la reglamentación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. • En el departamento de Santander existe una alta incidencia de cáncer, con índices elevados de mortalidad. • La oferta de servicios de salud para los pacientes que padecen Cáncer en el departamento de Santander se encuentra concentrada en los municipios de Bucaramanga y Floridablanca. • Los pacientes que padecen cáncer, dependiendo al régimen de salud y a la EPS o EAPB que pertenezcan, encuentran un alto grado de fragmentación en la atención e interrupción en los tratamientos por razones administrativas. • En el departamento de Santander no se cuenta con una IPS que pueda atender en todos los niveles de

		<p>complejidad a los pacientes que padecen cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una solución real a la población que padece la enfermedad del cáncer para que sean atendidos oportunamente, sin barreras de acceso y de manera integral es la conformación de una Red Integrada de Servicios de Salud especializada en el tratamiento de esta enfermedad. • Se evidencia por parte de la mayoría de las IPS habilitadas para prestar servicios de oncología y radioterapia de Bucaramanga y el Área Metropolitana intención de conformar Redes Integradas de Servicios de Salud, pero al mismo tiempo desconocen los alcances de las mismas, debido a los vacíos legales y la poca divulgación del tema.
16	RECOMENDACIONES	N/A
*	CÓDIGO DE LA BIBLIOTECA	N/A

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA
Coordinador Comité de Investigación